

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Departamento de Medicina Social

Especialização em Saúde da Família

Modalidade à Distância



**Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 4 a 18 anos, das escolas localizadas na região de abrangência da UBS “ESF II”, no município de Trindade do Sul/RS.**

**Henrique Cesca**

Pelotas, 2015

**Henrique Cesca**

**Melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares de 4 a 18 anos, das escolas localizadas na região de abrangência da UBS “ESF II”, no município de Trindade do Sul/RS.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.**

Orientadora: Nailê Damé-Teixeira

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

C421m Cesca, Henrique

Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 4 a 18 anos, das escolas localizadas na região de abrangência da UBS “ESF II”, no município de Trindade do Sul/RS / Henrique Cesca; Nailê Damé-Teixeira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

102 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde Bucal. 4.Escolar. 5.Prevenção. I. Damé-Teixeira, Nailê, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

**Dedico este trabalho a minha família, meus pais, minhas irmãs, também a todos os colegas e amigos que me apoiaram durante este ano.**

## **Agradecimentos**

A Deus, pois ele é responsável por tudo que conquistei.

A minha família, pelo incentivo constante.

Aos meus pais, pelo apoio, pelas instruções e incentivo para continuar buscando os meus sonhos.

As minhas irmãs, que tenho como exemplo, e pelo auxílio sempre que necessitei.

Aos meus colegas de trabalho, que propiciaram um ambiente com uma convivência harmônica, e sempre se mostraram colaborativos.

A minha orientadora, pela disposição e esclarecimentos durante toda a trajetória.

Obrigado.

## **Lista de Abreviaturas / Siglas**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASB – Auxiliar de saúde bucal

CAP - Caderno de Ações Programáticas

CD – Cirurgião Dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DM – Diabete Mellitus

ECM - Exame clínico das mamas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária

MS – Ministério da Saúde

NAAB – Núcleo de Apoio e Atenção Básica

PA – Pressão Arterial

PIM - Primeira Infância Melhor

SAMU – Serviços de Atendimento Móvel de Urgência

SIAB – Sistema Informatizado da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Resumo .....	8
Apresentação.....	9
1. Análise Situacional .....	6
1.1 Situação da ESF/APS em meu serviço.....	6
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	8
1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório .....	25
2 Análise Estratégica.....	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e Metas.....	29
2.2.1 Objetivo Geral.....	29
2.2.2 Objetivos Específicos .....	29
2.2.3 Metas .....	29
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Detalhamento das ações .....	31
2.3.2 Indicadores.....	33
2.3.3 Logística .....	36
2.3.4 Cronograma .....	39
3 Relatório da Intervenção .....	42
3.1 Atividades previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente. ....	42
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente. ....	55
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	55
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra. ....	56
4 Avaliação da Intervenção .....	57
4.1 Resultados da Intervenção .....	57
4.2 Discussão .....	68
4.3 Relatório da intervenção para os gestores .....	71

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade .....	74
5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	77
6. Bibliografia .....	79
Anexos .....	81
Apêndice.....	86



## RESUMO

CESCA, Henrique. **Melhoria da Atenção à Saúde Bucal dos Escolares de 4 a 18 anos, das escolas localizadas na região de abrangência da UBS “ESF II”, no município de Trindade do Sul/RS.** 2015. 102 f.; il. Trabalho de Conclusão Curso – Especialização em Medicina de Família – UnaSUS, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho teve como objetivo melhorar as condições de saúde bucal dos escolares e pré-escolares visando torná-los adultos mais saudáveis, melhorando, dessa forma, a qualidade de vida dos mesmos. Após análise situacional sistemática, foi verificado que a condição de saúde bucal da população da área adstrita à UBS poderia ser melhorada com a realização de atividades coletivas tendo foco nos jovens em idade escolar. Foi verificado que um grande número de escolares se encontravam em uma situação de alto risco para a cárie dentária (56,5%). O presente trabalho teve como objetivo melhorar as condições de saúde bucal dos 203 pré-escolares e escolares entre 4 e 18 anos matriculados, nas cinco escolas localizadas na região de abrangência da UBS “ESF II”, no município de Trindade do Sul, Rio Grande do Sul. Foi pactuado ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal dos escolares, melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares, melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal, melhorar o registro das informações e promover a saúde bucal dos escolares. Ao final da intervenção, foi alcançado 87,2% de cobertura dos escolares matriculados com primeira consulta odontológica realizada. A meta de fornecer orientações sobre higiene bucal aos escolares foi uma das mais priorizadas, atingindo 100% dos escolares. O tratamento odontológico foi concluído em 92% dos escolares que realizaram a primeira consulta odontológica. Conclui-se que, apesar de dificuldades como o acesso dos escolares à UBS, a realização da intervenção melhorou significativamente a saúde bucal dos escolares participantes, pois muitos tiveram nela seu primeiro contato com um cirurgião-dentista. Além disso, diversos atendimentos foram ofertados, buscando resolver e diminuir os agravos dos principais problemas de saúde bucal apresentados pelos escolares.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Escolar; Saúde Bucal do Escolar.

## **APRESENTAÇÃO**

Este volume trata de Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da UFPel. Será apresentado uma análise situacional da UBS, análise estratégica (projeto de intervenção), relatório da intervenção, avaliação da intervenção, relatório da intervenção para a comunidade e para os gestores, uma reflexão crítica do processo de aprendizagem ao longo do curso, bibliografia, anexos e apêndice.

O objetivo desse trabalho foi avaliar e melhorar a qualidade da saúde bucal de escolares da área de abrangência em questão.

## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Situação da ESF/APS em meu serviço**

A Unidade Básica de Saúde “ESF II” localiza-se próxima à E. E. E. F. ANTONIO MANICA, na comunidade Campina de Pedra I, funciona das 07h30min às 15h sem fechar ao meio dia. A equipe de saúde da família é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um agente de saúde (está de atestado) e um turno por semana um médico. Tem uma estrutura precária com algumas rachaduras, infiltrações e buracos nas paredes possibilitando a entrada de alguns animais como rãs (muito frequente), devido a estar localizada no interior (10 km da cidade) e ser estrada de chão. Também não temos transporte por parte da prefeitura, tendo que ir por conta própria, devido a isso também temos que almoçar na unidade e não recebemos ajuda por parte da prefeitura em relação a alimentação.

A unidade possui uma cozinha, dois ambulatórios (um onde está a autoclave e o computador, que não é utilizado com pacientes, e outro onde é feito curativos, remoção de pontos, preventivo, etc...), um depósito de material e de limpeza (onde está o tanque de lavar roupas), dois banheiros (um para os pacientes e outro para os profissionais), uma sala para o médico bem ampla com uma maca e um negatoscópio, o consultório odontológico, e a recepção onde tem alguns bancos para os pacientes se acomodarem, uma balança, e a farmácia onde possui uma grande variedade de medicamentos.

Conversando com os outros profissionais da unidade percebi que todos são muito bem dispostos a trabalhar no local e bem ligados com a comunidade,

pois já conhecem uma boa parcela dos moradores da região e tem algum vínculo amizade/parentesco com as famílias.

Na parte odontológica, em dia de atendimento, são atendidos aproximadamente 6 pacientes marcados e mais 2 por ordem de chegada. Geralmente não falta material de trabalho, pois nós mesmos temos que ir buscar os materiais que faltam na unidade principal do município. A estrutura física tem algumas limitações como o fato de ser uma sala bem pequena, o compressor que está localizado muito próximo do equipo odontológico (do lado da janela) causando um barulho ensurdecador, e a falta de técnicos, desde que foram iniciados os trabalhos na unidade foi relatado ao secretário que não tem água no equipo odontológico (aparentemente entupiu alguma mangueira) e até agora não houve nenhuma solução, limitando os trabalhos que podem ser feitos, pois não sai água do alta rotação nem da seringa tríplice.

Na parte médica são realizadas apenas consultas médicas (nenhum procedimento), na parte da enfermagem são realizados apenas curativos, suturas e coletas de material, na parte odontológica são feitas restaurações, limpeza, capeamento pulpar direto e indireto, extrações e cirurgias menores.

O posto visa em atender toda a Campina de pedras I e II e o Barra Grande, uma região bem ampla, mas com uma população pequena. A unidade atende todos que se dirigem a unidade, devido ao pequeno fluxo de pacientes e apenas na quarta-feira tem bastante movimento, pois a consulta com o médico é feita por ordem de chegada (12 consultas por ordem de chegada e 6 exames marcados). Em geral todos os pacientes são atendidos, mas infelizmente a unidade está focada mais no tratamento das doenças, tendo poucas atividades relacionadas a promoção de saúde.

Não tenho conhecimento sobre nenhum conselho local de saúde (as pessoas com quem eu conversei pra responder o questionário também não souberam me responder), apenas o conselho municipal de saúde. Os agentes comunitários de saúde (ACS) conversam com as famílias que necessitem de algum tratamento, procurando ajudá-las sempre que possível, mas cabe a cada morador decidir por conta própria o momento de ir à unidade básica procurar alguma solução para seus problemas de saúde, pois é difícil acompanhar se a família tem feito visitas frequentes nas unidades, visto que eles podem ir em

qualquer unidade, podem ir na da própria comunidade quanto na principal, a qual eles recorrem geralmente quando não conseguem agendar consultas na unidade básica da comunidade. Existem poucos grupos organizados no município, o grupo de mulheres com histórico de problemas de saúde mental e grupo de gestantes, que geralmente se reúnem no Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), que está localizado na região central, próximo à unidade básica principal do município, servindo como um auxiliar da atenção básica. Existe também a intenção de iniciar novos grupos no mês de abril de 2014, incluindo os familiares das mulheres com históricos de problemas de saúde mental.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Estou atuando como cirurgião-dentista no município de Trindade do Sul, região norte do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 5.877 habitantes, Trindade do Sul possui três Unidades Básicas de Saúde (UBS), cada unidade com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma no centro do município e duas no interior. Existe um NAAB que está localizado ao lado da UBS do centro do município. Não há Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), sendo o mais próximo localizado a 133 km de distância, na cidade de Tenente Portela. O município também não possui Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), dificultando o acesso da população à atenção especializada.

Está situado no município, também, o Hospital Santa Rosa de Lima, porém o mesmo está com os blocos cirúrgicos interditados, pois a lavanderia não estava atendendo os requisitos mínimos. O município disponibiliza um número baixo de exames complementares, e geralmente para casos urgentes, sendo necessária a aprovação prévia deste pelo secretário municipal de saúde. Em situações de emergência, podemos contar também com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que está localizado ao lado do hospital. O atendimento especializado ou encaminhamento para este, é somente marcado na UBS principal.

A unidade onde que estou atuando está localizada na zona rural do município, a 10 km do centro. Funciona das 07h30min até às 15h00min, e visa o atendimento da atenção básica (atenção primária), servindo como porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). A UBS não possui nenhum vínculo com instituições de ensino, apenas com a prefeitura municipal. A equipe é bem limitada, sendo que três dias por semana (segunda, terça e quinta) tem apenas uma enfermeira na UBS, a qual fica responsável por todas as atividades da UBS, desde acolhimento aos usuários, curativos, até coleta de material para exame citopatológico, além da parte administrativa. Nas quartas e sextas-feiras são realizados atendimentos médicos e odontológicos, e nestes dias também vem uma técnica de enfermagem e/ou uma faxineira para ajudar na organização.

Observado as normas do “MS 2008, Manual da Estrutura da UBS” percebi que a unidade é bastante limitada para um atendimento de qualidade para a população, pois possui uma área muito reduzida quando comparado com o ideal. Temos disponíveis na unidade: uma recepção, na qual além dos pacientes aguardarem o atendimento, é verificada a pressão arterial e feita a dispensação dos medicamentos, um consultório médico, um consultório odontológico, 2 sanitários, sendo um para os usuários e outro para a equipe, 2 salas de enfermagem, uma utilizada para o atendimento clínico da enfermeira e a outra é utilizada como sala de esterilização e é também onde fica o computador da unidade, uma cozinha onde são feitos os almoços e uma lavanderia. Praticamente todas as salas, das poucas que temos disponíveis, incluindo o corredor, estão com dimensões menores que as mínimas exigidas no manual. As paredes são de alvenaria e laváveis, porém com muitas rachaduras, enquanto o piso é de azulejo, e não possui antiderrapante. Com exceção do consultório médico que foi construído recentemente, todos os outros cômodos são pequenos e possuem rachaduras ou infiltrações, a única porta que tem largura suficiente para a entrada de uma cadeira de rodas é a da recepção, porém a mesma possui degraus e está com a fechadura estragada, para trancar somente com cadeado. Um problema antigo também é o recolhimento do lixo onde o contaminado é levado pelos próprios funcionários até a unidade principal a cada 15 dias, enquanto o lixo comum é recolhido

apenas uma vez por mês, causando um grande acúmulo e mau cheiro na frente da unidade. Além disso, não possui sanitários adequados: temos apenas 2 sanitários, sendo um para os usuários, tanto para homens quanto mulheres, e outro para a equipe.

Também não possuímos acesso facilitado à pessoas com dificuldade de locomoção, pois na frente da unidade tem muitas pedras e 2 degraus para chegar na recepção, sendo que os profissionais não tem nenhum treinamento especial de manejo de pessoas com algum tipo de deficiência, e isso torna-se um grande problema, pois a maioria dos pacientes são idosos que frequentam a unidade para buscar remédios (geralmente para hipertensão e para dor). Nessa situação, é indispensável à presença de um familiar, no caso de algum deficiente físico ou idoso com algum tipo de limitação tentar chegar na UBS.

Houve uma grande dificuldade devido à falta de manutenção do equipo odontológico, o qual ficou dois meses sem funcionar corretamente (sem água), mesmo o fato tendo sido relatado para o secretário municipal de saúde, que por sinal é cirurgião-dentista, o reparo no equipamento só ocorreu recentemente após apresentar outro problema (estourou uma mangueira, alagando o consultório cada vez que ligava o compressor) e eu me recusar a atender até que solucionassem os problemas. Isso limitou muito o atendimento, pois durante este tempo só foram feitas restaurações provisórias, restaurações definitivas em resina composta apenas em regiões estéticas utilizando uma seringa para lavar o ácido, não há refrigeração da broca sem água, causando um cheiro muito forte e dano ao dente do paciente, pois o superaquecimento pode gerar inflamação pulpar e futuramente a perda da vitalidade do dente. O barulho do compressor é muito alto, praticamente insuportável, atrapalhando não somente ao cirurgião-dentista como também a enfermeira e o médico, pois devido à falta de isolamento acústico, o barulho chega a todos os consultórios.

Aparentemente a única estratégia que pode superar as deficiências de estrutura física seria uma reforma geral, visando minimizar essas dificuldades de acesso. Deve ser feita a construção de uma rampa na entrada principal para facilitar o acesso das pessoas com dificuldades de locomoção, mudar a posição do compressor de ar ou colocar um isolamento acústico, evitando o barulho intenso no consultório odontológico e na recepção/farmácia. Em seguida

deveria ser realizada uma reforma visando à manutenção e preservação dos móveis e equipamentos que estão na unidade, evitando a entrada de animais, como rãs, que são observadas diariamente e também de ratos e raposas. Também deveria ser solicitado aos responsáveis pelo recolhimento do lixo para removerem mais frequentemente os lixos, pois devido ao longo tempo que fica na frente da unidade (é recolhido mensalmente), causa mau cheiro e atrai moscas e outros animais que procuram comida.

Apesar de ter uma estrutura bem reduzida, no quesito espaço físico, a UBS “ESF II” atende satisfatoriamente a demanda de pacientes. Observamos pelas informações conseguidas para completar o Caderno de Ações Programáticas que a grande maioria da população está sendo acompanhada de acordo com suas necessidades. A farmácia aparentemente possui uma boa variedade de medicamentos, possuindo anticoncepcionais, analgésicos para dor leve/moderada e severa, antibióticos, anti-inflamatórios, antivirais, complexos vitamínicos, antiarrítmicos, anti-hipertensivos, anticolinérgicos, antiepiléticos, antidepressivos, anticonvulsivantes, diuréticos, hormônios para o tratamento de hipotireoidismo, anti-histamínicos, antidiabéticos, antifúngicos, protetores gástricos, bronco dilatadores, e alguns outros, sendo que a maioria dos pacientes conseguem os medicamentos que necessitam.

A equipe também é bem limitada, principalmente no setor médico, que está realizando os atendimentos apenas dois dias semanais, possui seis (ACS) que são responsáveis por mapear 100% da área de abrangência, manter os cadastros atualizados, e acompanhar os moradores no seu domicílio, dando algumas instruções/orientações quando necessário. Três dias por semana (segunda, terça e quinta), como já citado, fica apenas uma enfermeira na UBS, ficando responsável por tudo, desde a recepção, acolhida, preenchimento/atualização das fichas, curativos, coleta de material para exame citopatológico, realizar os atendimentos que são de sua competência, fazer o correto encaminhamento dos pacientes, realizar busca ativa de pacientes faltosos, cuidados domiciliares em casos de pacientes incapazes de se dirigirem até a UBS, entrega de medicações, limpeza da unidade, cozinhar, e também todas as atribuições específicas do enfermeiro, como planejamento das ações desenvolvidas pelos ACS e outros membros, entre outras atividades.



Nas quartas e sextas-feiras são realizados atendimentos médicos e odontológicos, também vem uma técnica de enfermagem e/ou uma faxineira para ajudar na organização nestes dias.

Na unidade são realizados procedimentos simples como, curativos, exames preventivos ginecológicos, consultas médicas, consultas odontológicas e entrega de medicamentos. A UBS trabalha como “auxiliar” visando complementar a UBS principal, principalmente ajudando a diminuir o número de pessoas que frequentam esta UBS principal, pois devido ao fato de ser mais completa, a grande maioria das pessoas procuram diretamente ela, sendo que poderiam ter seus casos resolvidos em uma unidade mais simples, isso causa filas e atraso no atendimento dos pacientes que possuem um caso mais complexo.

O atendimento odontológico tem se limitado a atendimentos clínicos e organizações de atividades de planejamento voltadas a promoção da saúde, que tem se mostrado insuficiente frente a grande vulnerabilidade da população, sendo a maioria dos pacientes atendidos crianças, podemos observar uma situação precária de higiene bucal, com pouca ou nenhuma orientação. Possui material de consumo apenas para fazer os procedimentos de rotina que são realizados em todas as unidades do município, que são: dentística, periodontia, exodontia simples, e procedimentos de urgência/emergência para o alívio imediato da dor. Nem todos os materiais são de alta qualidade, porém geralmente não falta material, pois nós mesmos quando vimos que algo está para acabar vamos até a unidade principal e buscamos, o problema é quando fizemos um pedido de um material diferente do que é entregue normalmente, que demora muito tempo para chegar.

Algumas alternativas para ampliar o cumprimento das atribuições dos profissionais da equipe poderiam começar pelo maior vínculo dos mesmos com a comunidade, podendo se dar através de campanhas de promoção da saúde e também pelo aumento do número de consultas, médicas e odontológicas, incluindo principalmente a atenção especializada que tanto carece no município e visando abranger um público maior que o que frequenta a unidade atualmente. Também deve-se cadastrar as famílias por micro-área, instruir a população para a utilização da unidade da comunidade como referência para o

serviço público, mostrando as vantagens que terão com aumento dos serviços disponíveis na UBS e com adequada organização do sistema público de saúde, que possibilite o trabalho multiprofissional. Também parece importante que haja profissionais todos os dias na UBS, principalmente nos dias em que a enfermeira encontra-se sozinha, pois além de sobrecarregar a mesma, essa situação pode até ser perigosa.

Segundo dados do SIAB, a unidade abrange uma área com 573 famílias cadastradas, compreendendo uma população total de 1716 pessoas: 899 do sexo masculino e 817 do sexo feminino. A doença mais prevalente na população é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com 388 portadores (22,61% do total da população adstrita). Possui 90,29% das pessoas com 15 anos ou mais alfabetizadas (1255 pessoas), enquanto os números mostram que 21,85% da população possui 60 anos ou mais (375 pessoas), muito além que o estimado pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), que indica 234 pessoas nesta faixa etária. Os números mostram, também, que existem apenas 6 crianças menores de 1 ano, número bem abaixo do estimado pelo CAP, onde estima uma média de 21 crianças, isso ocorre provavelmente devido a migração dos pais com crianças nessa faixa etária associado com a realização do pré-natal e puerpério em outra UBS, porém essa situação se inverte quando comparado com as crianças menores de 5 anos, onde os denominadores estimados pelo CAP mostram 42 crianças existem 69 crianças nessas condições.

Entretanto, mesmo a UBS possuindo problemas de estrutura e uma equipe tão limitada, não existe excesso na demanda de atendimentos. Provavelmente não há excesso de demanda devido a uma boa parcela da população da área adstrita, quando necessita algum tipo de atendimento, se dirigir diretamente a UBS principal do município, diminuindo o fluxo de pacientes na sua UBS de referência. Volto a frisar a importância de um mapeamento e redistribuição dos pacientes de acordo com a área de abrangência de cada ESF, permitindo um melhor controle e acompanhamento dos pacientes, evitando excesso de demanda de atendimentos em uma UBS e falta em outra.

Não existe excesso de demanda espontânea na unidade, mesmo sem a unidade possuir um ambiente específico para o acolhimento, a maioria das pessoas que procuram a unidade são atendidas pela enfermeira com pouco ou nenhum tempo de espera, tendo suas queixas ouvidas e, quando possível solucionadas. Se necessitar consulta médica, eles são imediatamente agendados, caso já estiverem realizado os exames, ou são orientados a retornarem no dia em que o médico atende na unidade. Geralmente essas pessoas já são atendidas na própria semana, o problema é quando o usuário necessita de atendimento médico especializado, pois esse tipo de atendimento não é realizado na unidade. Quando necessário, é feito o encaminhamento até a unidade principal, mas demanda é muito grande e existem poucas consultas mensais no município. Sempre são disponibilizados atendimentos de urgência com médico e cirurgião-dentista, visando atendimento de pacientes com problemas agudos. Na área odontológica existe uma carência muito grande das especialidades de endodontia e prótese dentária, que não são ofertadas pelo serviço público no município, deixando a população desamparada. Nesses casos, ou a população procura atendimento particular ou fica sem. Portanto, o problema de demanda especializada na UBS poderia ser resolvido com a implantação de um CEO.

O atendimento às crianças é realizado dois dias por semana por médicos, e todos os dias pela enfermeira. Pude observar que ocorre uma melhor atenção à Saúde da Criança para crianças com até 12 meses, depois disso, as mães não tem mais tanta preocupação e passam a faltar às consultas, sendo importante neste momento uma melhor orientação para as mães. A equipe segue o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde, do Caderno de Atenção Básica “Saúde da Criança”. São desenvolvidas várias ações direcionadas às crianças, que incluem: promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, imunizações, promoção do aleitamento materno e promoção de hábitos alimentares saudáveis. Tendo todas as informações referentes à criança, anotadas na “caderneta da criança”. Nem todas essas ações são realizadas pelo “ESF II”, porém, em conjunto com as outras unidades do município e com o acompanhamento da família pelas ACS, consegue-se com

que todas as crianças da área de abrangência da ESF II tenham acesso a essas ações. Porém, não é feito o monitoramento regular destas ações.

Existem grupos de mães organizados pelo PIM (Primeira Infância Melhor), onde as mães da região de abrangência do ESF II são orientadas a participarem desses grupos, porém essas atividades se dão distantes da microrregião do ESF II. Seria interessante organizar um grupo de reuniões e de atividades de puericultura da comunidade em específico, pois estes provavelmente compartilham das mesmas dificuldades e problemas, ficando mais fácil de evidenciar essas dificuldades coletivas aos gestores municipais, procurando a melhor forma de solucionar esses problemas.

Muitas crianças chegam na unidade encaminhadas pelas ACS, as quais estão orientadas a encaminharem as crianças desassistidas, para a avaliação dos profissionais da UBS. Mesmo com as dificuldades, as crianças têm recebido a atenção adequada na UBS, através de um atendimento de qualidade (baseado em protocolo do MS). Ao fim de cada consulta, já é agendada a próxima consulta. Porém, existe uma dificuldade de incentivar as mães com crianças maiores de 1 ano a continuarem fazendo o acompanhamento regular.

Existe uma grande carência de registros das ações realizadas, devido a muitos destes atendimentos serem realizados pelo médico na outra UBS, ficando algumas das fichas na ESF I e outra parte na ESF II. Dessa forma, não há como a mesma ter um controle integral da situação das crianças, e isso não me permitiu fazer uma avaliação mais profunda, visto que eu tinha informações fracionadas. Os dados para completar o CAP, mostraram que elas têm um atendimento de qualidade, porém nem o teste do pezinho nem as vacinas são realizadas na ESF II, sendo necessário que esta criança vá até a ESF I para ter seu atendimento integral. Isto também torna a ficha clínica da criança dividida, com metade da atenção sendo feita em cada unidade, isso é ainda mais complicado, pois nem todas as crianças possuem a Caderneta da Criança, e isso tornou a busca dos dados para completar o CAP, muito demorada e trabalhosa, além de dar a impressão de uma estimativa não muito precisa, mesmo sendo a enfermeira quem me auxiliou na busca destas informações. Existe uma falta de planejamento, e monitoramento das ações

(sem um acompanhamento constante), e uma dificuldade em realizar atividades multiprofissionais, visto que cada profissional tem realizado a atenção às crianças, com foco apenas na sua respectiva área de abrangência, isso poderia ser melhorado caso houvesse um melhor planejamento para a realização destas atividades.

Devido à carência de profissionais especializados e capacitados, também devido a limitações de estrutura física, a atenção ao pré-natal é realizada na unidade ESF II. Apesar disso, as ACS seguem fazendo o acompanhamento de todas as gestantes, e todas estão sendo acompanhadas no ESF I, onde existem grupos de gestantes onde recebem orientações sobre aleitamento materno, saúde bucal, também é feito o acompanhamento das consultas e dos exames, estão sempre acompanhadas de profissionais capacitados, permitindo um atendimento personalizado e multiprofissional. Todas as fichas ficam guardadas juntas, pois só existe esse atendimento na UBS I, impossibilitando um acompanhamento constante pelos profissionais da ESF II. Quando procurei esta informação para completar o CAP, a única forma de conseguir tais informações foi conferindo todas as fichas, separando elas por área de abrangência e então avaliando todas as da área adstrita da ESF II. Situação essa que tornaria impossível uma avaliação de um número maior de gestantes, pois apesar dos dados buscados pra completar os indicadores de qualidade do CAP mostrarem que elas têm recebido uma atenção adequada, não há como fazer um monitoramento constante das mesmas, mostrando uma clara desorganização e causando um maior transtorno para as gestantes, já que tem que ir até a cidade para receberem um atendimento de qualidade.

Para melhorar a atenção ao pré-natal e ao puerpério na ESF II, poderia um profissional capacitado realizar o atendimento as gestantes, no mínimo durante um turno por semana. Além disso, poderia ser dada uma atenção especial ao pré-natal de baixo risco, e monitoramento de todas as gestantes da área adstrita. Isso possibilitaria que as gestantes fossem remanejadas para a sua devida microrregião, o que possibilitaria um atendimento personalizado de acordo com as necessidades da comunidade, permitindo que elas continuem participando dos grupos e de atividades com as gestantes do ESF I.

A prevenção do Câncer do Colo de Útero e do Câncer de Mama é sempre discutida nos grupos e nas reuniões de mulheres, pois são de grande importância na atenção primária à saúde. Eles são considerados de alta incidência e mortalidade, as conversas são sempre visando a implantação de estratégias para conseguir com que o maior número possível de mulheres realize a prevenção em dia. Sendo que quando diagnosticados precocemente, possuem bons prognósticos de tratamento.

A prevenção do Câncer de Colo de Útero e do Câncer de Mama é feita pela enfermeira diariamente na unidade em ambos os turnos, de forma organizada e oportunista. As mulheres são sempre alertadas sobre a importância e simplicidade dos exames. Em relação ao Ca de Colo, quando o resultado do exame vem alterado é feito o contato com a paciente e é agendada a consulta com o médico para uma avaliação mais criteriosa para fazer o acompanhamento e/ou o encaminhamento. Enquanto que em relação ao Ca de Mama, quando a enfermeira encontra alguma manifestação clínica de alteração no exame clínico das mamas (ECM), esta encaminha ao médico que pode pedir algum exame complementar como uma ultrassonografia ou mamografia.

As dificuldades de acesso às informações são as mesmas para as duas doenças. Não existe um controle de quantas mulheres na região de abrangência do ESF II estejam realizando a prevenção do Ca de Colo de Útero e do Ca de Mama, pois as consultas são anotadas nos prontuários individuais em cada ESF, e no ESF I possui um caderno onde são anotadas todas as mulheres que fizeram a coleta de citopatológico no município, enquanto o ECM é anotado somente no prontuário clínico. Existe uma dificuldade para avaliar quantas pessoas estão realizando a prevenção do câncer na região do ESF II, pois as pacientes podem se dirigir a qualquer ESF da cidade que serão atendidas normalmente, então a maioria realiza as consultas na unidade principal, o ESF I, e como todas as informações do município são armazenadas em apenas um caderno, fica impossível saber exatamente o número de mulheres que pertencem a região de abrangência do ESF II que estão realmente realizando a prevenção adequadamente. Apesar desta falta de registro do número de mulheres que estão realizando os exames preventivos

corretamente, praticamente todas as mulheres da área adstrita receberam orientações sobre como se prevenir e instruções para realizarem os exames anualmente. As pacientes são orientadas a realizarem o exame citopatológico anualmente, independente do resultado dos exames anteriores.

O atendimento da população na sua respectiva ESF de abrangência seria muito interessante, pois permitiria uma melhor organização das fichas, de acordo com a população de cada ESF, permitindo saber com precisão quantas mulheres estão realizando a prevenção adequadamente e saber se existe alguma população que está desassistida, além de permitir um planejamento mais organizado e focado na população mais carente de informações. Realizar busca ativa das mulheres em idade de risco ou já diagnosticadas com alguma alteração nos exames preventivos deve ser uma estratégia imediata.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) estão diretamente relacionadas uma com a outra, sendo uma fator de risco para a outra, além de ambas serem fatores de risco para diversos outros agravos, devendo haver uma atenção especial a estes pacientes.

Existe uma demanda muito grande de hipertensos na área adstrita. No SIAB há registros de 332 hipertensos cadastrados e 293 hipertensos acompanhados, totalizando uma prevalência de 27,3% da população com 20 anos e mais da área de referência. Visto que a prevalência média no Brasil é em torno de 32%, podemos ter ainda muitos que não estão diagnosticados. Esse número demonstra a importância de organizar ações de prevenção da HAS.

Os hipertensos são os pacientes mais frequentes na unidade, seja para verificar a pressão arterial (PA), consultas médicas, ou para buscar medicações. A verificação da PA é realizada rotineiramente na unidade, previamente a consulta médica ou odontológica. A HAS, além da alta prevalência e de ser um fator de risco para diversas doenças, possui baixas taxas de controle e a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA acima de 115/75 mmHg sendo de forma linear, contínua e independente. Isso mostra a importância da realização do diagnóstico precoce.

Existem 23 diabéticos cadastrados no SIAB para esta área de abrangência, e todos estão sendo acompanhados. Esse número mostra uma prevalência da doença de 1,89% em pessoas com 20 anos e mais, número muito abaixo dos 4,6% estimados para o Brasil em 2000, e espera-se que em 2030 a prevalência seja de 11,3%. Este número tem aumentado devido aos fatores de risco relacionados a hábitos alimentares e ao estilo de vida da população. O número baixo de pacientes diagnosticados na ESF II mostra que pode estar havendo uma falha de diagnóstico. Talvez essa doença não esteja recebendo toda a atenção que merece, talvez pelo seu diagnóstico não ser tão simples quanto o da HAS. Devido a isso provavelmente existe uma boa parcela da população que possui a doença mas não está diagnosticada. Desde que iniciei os atendimentos na unidade, ainda não recebi nenhum paciente que tenha vindo previamente diagnosticado com DM ou com sinais e sintomas condizentes. Para o atendimento médico e de enfermagem observo também existe pouca demanda relacionada à pacientes portadores da DM.

Tanto os pacientes diabéticos quanto os hipertensos necessitam de uma melhor atenção. Não está sendo feito um correto rastreamento, diagnóstico e acompanhamento desta parcela da população. Deve ser feito um planejamento para conseguir rastrear através dos principais sinais e sintomas e diagnosticar esses doentes que estão desassistidos, é necessário um atendimento multiprofissional para essas pessoas. O acompanhamento de uma nutricionista é fundamental pois traz inúmeros benefícios tanto para HAS, como para DM, porém não dispomos deste profissional na unidade. A implementação do HIPERDIA (não está com os registros atualizados) permitiria um acompanhamento mais detalhado desses pacientes, permitindo um melhor registro dos pacientes, pois da forma com que está no momento, dos poucos que estão diagnosticados, é difícil de saber quantos estão sendo realmente acompanhados em dia.

Devem ser realizadas ações visando à prevenção da HAS e da DM, incentivando os hábitos saudáveis, apoio para mudanças no estilo de vida, e estimulando o controle glicêmico e da pressão arterial, acompanhado de um atendimento multiprofissional aos portadores de tais doenças.



O Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (censo 2012). Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

Encontrei no SIAB registro de 375 pessoas com 60 anos ou mais (21,85% da população total da área adstrita) vivendo na área de abrangência da ESF II, número este que condiz com a realidade, visto que a maioria dos frequentadores da UBS são idosos. Esse número mostra que estamos trabalhando com uma população envelhecida.

Apesar deste grande número de idosos, temos uma boa cobertura da população, estimada em torno de 90%. Todos os idosos recebem orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e também orientação para realização de atividades físicas, sempre dando ênfase nos benefícios que essas atitudes irão trazer na melhoria da qualidade de vida deles. E praticamente todos os idosos estão em dia com as vacinas, sendo que foi dada uma grande prioridade para a vacina da gripe. Os indicadores de qualidade do Caderno de ações programáticas mostram que os idosos estão sendo acompanhados e orientados, porém ainda tem muito pra melhorar. São poucos os idosos que possuem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, dificultando o diagnóstico das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Também não houve registros de avaliação de risco para morbimortalidade nem da Avaliação Multidimensional Rápida, porém os dados mostraram que a grande maioria dos idosos está sendo acompanhado de perto pelas ACS, checando frequentemente se estão tomando as medicações corretamente, e é comum as enfermeiras realizarem assistência domiciliar nos pacientes que necessitam esse tipo de atenção.

O atendimento ao idoso é realizado diariamente em dois turnos, mas não há atendimento específico ao idoso, ou dia específico para atendimento a idosos, são todos encaixados com a livre demanda, e todos atendidos. As

imunizações e a maioria das prevenções não é feita especificadamente pela UBS em que estou atuando, porém é feita em conjunto com a UBS principal, dando sempre a devida importância, praticamente todos os idosos estão acompanhados, com as vacinas e medicação em dia.

Devido a grande demanda seria interessante que houvesse um dia para atendimento especialmente para as pessoas idosas, diagnosticando possíveis fatores de risco, realizar avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice, a realização de palestras e atividades que envolvam a comunidade promovendo um melhor engajamento entre a comunidade e os profissionais de saúde, visando melhorar a qualidade de vida dos idosos. A formação de um grupo para os idosos da área de abrangência do ESF II traria uma maior facilidade para os profissionais passarem informações e instruções para os idosos, tendo um melhor controle dos temas abordados.

Tive muitas dificuldades para conseguir os registros para completar o caderno de ações programáticas, pois os programas como SIAB e HIPERDIA, ou não estão funcionando ou não estão sendo atualizados com as informações, tornando eles inúteis. Cada informação que eu buscava eu tinha que percorrer toda a unidade pedindo se alguém tinha essa informação, eu pedia pra secretária, ela falava que era com a enfermeira, quando falava com a enfermeira me encaminhava para o NAAB, e lá me mandavam de volta para a secretária. Ninguém sabe onde ou com quem eu posso conseguir as informações que faltaram no caderno, se é que é possível conseguir essas informações. Isso ocorreu durante todas as semanas de preenchimento do caderno de ações programáticas. Este problema causou uma deficiência nessa análise situacional. Caso tivéssemos esses dados disponíveis, poderíamos ter uma visão mais detalhada e completa, e assim desenvolver ações específicas para os problemas que encontramos. A partir da falta de dados, terei dificuldades em pontuar ações para o projeto de intervenção.

Depois dessa experiência, fica evidente que a criação de um arquivo específico para registro do atendimento aos idosos, traria um maior controle das necessidades de cada um e tornaria a UBS menos dependente dos ACS, pois somente eles sabem quando um idoso está com a medicação atrasada.

O número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família passou de 4.000 em 2002 para 17.000 em 2008. Apesar da enorme ampliação as equipes vêm enfrentando uma grande demanda reprimida o que tem dificultado o desenvolvimento da atenção programada e das ações coletivas em saúde bucal.

No meu trabalho, eu faço o atendimento clínico na ESF II dois dias por semana e um dia na ESF I. Nos outros dois dias eu realizo ações coletivas. Como na ESF II é contado turno único, pois almoçamos na UBS e ficamos direto das 7:30 até as 15:00 (geralmente entre as 11 e às 12 horas almoçamos), vou considerar 7 pacientes das 7:30 até as 11 horas e 6 pacientes das 12 às 15 horas, ou seja, a capacidade instalada para prática clínica na ESF II é de 13 pacientes por dia, e 26 procedimentos por semana, sendo 8 atendimentos mensais, resultando em 104 atendimentos mensais.

Já a capacidade instalada para prática clínica na ESF I é feito atendimento uma vez por semana em dois turnos, 8 procedimentos por turno de 4 horas, resultando em 16 atendimentos por semana e 64 procedimentos por mês.

Como citado anteriormente, a capacidade instalada para ações coletivas se dá em dois dias semanais. Estão sendo destinadas 12 horas pra ações coletivas. Destas 12 horas, 4 horas são para reuniões, sobrando 8 horas. Considerando 30 minutos para 10 habitantes, resulta em 16 grupos de 30 minutos. Até o momento, esse horário está sendo utilizado para realização de escovação supervisionada em todas as escolas do município.

A forma de registro utilizada para o preenchimento desta parte do CAP foram as fichas mensais do sistema SIAB e algumas fichas de prontuário clínico para obtenção dos dados. Desta forma, parece que os registros da saúde bucal nesta ESF encontram-se mais acessíveis que das demais ações programáticas, visto que foi muito mais fácil conseguir dados.

Ao olhar o CAP, achei que o número médio de procedimentos clínicos por habitante mês foi bem aceitável em relação à capacidade instalada e em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde, visto que estávamos trabalhando limitados devido à falta de manutenção da cadeira odontológica. Por esse motivo, estávamos encaminhando alguns casos para outras unidades,

porém agora com essa situação resolvida as expectativas são de melhorar não somente o número de procedimentos realizados, como também a qualidade do atendimento. Apesar dessa dificuldade de atendimento, a média de 0,6 procedimentos clínicos por habitante / mês da nossa ESF está dentro dos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde.

Com relação à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos), o número ainda é baixo na minha UBS. Porém, esperamos aumentar com a divulgação do trabalho na área da odontologia que está sendo realizado na UBS, pois antes de eu entrar não havia cirurgião-dentista na unidade (apesar de possuir equipe odontológico, estava parado a mais de 6 meses). Então estamos trabalhando para melhorar esse número, geralmente todos os pacientes que procuram a unidade para atendimento odontológico são atendidos, e ainda sobram muitas fichas sem demanda, porém estão sendo realizadas atividades incentivando a população a realizar a consulta programática, as ACS já estão encaminhando muitos pacientes que não sabiam que o atendimento odontológico já estava sendo realizado na UBS. Enquanto a demanda está baixa, estamos realizando muitos acolhimentos oportunistas, ou seja, aproveitando quando os pacientes procuram atendimento médico já são encaminhados para o atendimento odontológico no mesmo dia.

Com relação ao desenvolvimento de ações coletivas em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos), até o momento eu só fiz ações coletivas em escolares. Estamos realizando escovação supervisionada em todas as escolas do município, tanto estaduais quanto municipais. Porém, são realizadas muitas atividades de ações coletivas, principalmente com idosos e nos grupos (gestantes, HIPERDIA), considero que o número está dentro do esperado e a tendência é melhorar ainda mais devido ao aumento da atenção para a atenção básica.

Segundo o CAP a razão entre as primeiras consultas programáticas e os atendimentos não programados está entre 24 e 50%, número este que é o encontrado na realidade da unidade. Quando o paciente realiza a primeira consulta programática, muitas vezes o próximo horário disponível para

agendamento pode demorar até um mês, então ele volta na outra semana como “atendimento não programado” para continuar o tratamento. Mas para esse tipo de atendimento é sempre verificado primeiramente a disponibilidade do atendimento e se possui algum caso mais grave, como pacientes com dor ou edema são atendidos prioritariamente.

A situação da atenção da saúde bucal é como “enxugar o chão com a torneira aberta”, mas ela não é assim tão diferente da situação que os demais profissionais de saúde encontram na atenção primária à saúde.

A atenção à saúde bucal pode ser melhorada em minha UBS poderia ser melhorada pela promoção de ações, principalmente com pré-escolares (0-4 anos) e Escolares (5 a 14 anos), pois é frequente a presença de pacientes nessas faixas etárias com muitas lesões de cárie. Em alguns casos crianças já apresentam todos os dentes comprometidos, e a grande maioria dos que foram atendido na unidade, foi observado a necessidade de vários tratamentos, mostrando que existe uma carência de instruções e informações para essa população. Talvez a conscientização das mães seja uma alternativa viável, pois é uma forma de atingir a família toda. Lembrando que uma criança saudável e que recebeu informações para promoção e prevenção em saúde na infância tem mais chance de ser um adulto saudável, ajudando assim a reduzir o “fluxo da torneira aberta”.

Além disso, considero que outra ação seria realizar uma atenção integral e multidisciplinar ao paciente, procurando ouvir todas as queixas e necessidades do mesmo, através do trabalho em equipe discutir a melhor opção para o paciente, e encaminhamento para setor especializado quando for necessário. Também, buscar abranger 100% das famílias com a ajuda das ACS, separando os prontuários por família e verificar a frequência com que os moradores realizam a atenção à saúde bucal, e realização de busca-ativa nos pacientes faltantes.

A presença da equipe de saúde nos grupos, como vem ocorrendo nas escolas terá muito em melhorar as condições de saúde bucal dos moradores, pois muitos não tem conhecimento das técnicas mais eficientes nem das vantagens que terão em realizar uma correta higiene, diminuir a distância entre

a equipe de saúde bucal e a população de risco a problemas de saúde bucal só irá trazer vantagens para a comunidade.

### **1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório**

Comparando o texto da segunda semana de ambientação, percebo que foquei bastante na precária estrutura física da unidade, a falta de reparos nas paredes e nos móveis, falta de recolhimento adequado do lixo, no barulho ensurdecedor do compressor de ar, que continuam da mesma forma. Eu já havia feito a reclamação do problema com o equipo odontológico, que só foi solucionado recentemente. A unidade atende uma região muito grande e populosa, que se fosse realizado o atendimento dessas pessoas somente na ESF correspondente a sua região, sobrecarregaria a pequena unidade.

Assustei-me no primeiro momento, em que cheguei à unidade e percebi as condições precárias em que estava, e que apenas um funcionário mantinha a unidade funcionando. Após a realização das tarefas, fico satisfeito em saber que mesmo com todas essas dificuldades, de estrutura e de profissionais, a unidade continua realizando os atendimentos com qualidade (mesmo que não haja integralidade do atendimento, pela falta de atendimento especializado), os pacientes saem satisfeitos com os profissionais, que sempre ouvem os pacientes com muita atenção e sempre que possível procuram a melhor solução de tratamento em conjunto.

O número de atendimentos médicos aumentou, pois está atendendo na unidade um médico que veio pelo programa nacional Mais Médicos, trazendo uma grande melhoria para as pessoas que necessitam este tipo de atendimento. Não existem grupos de gestantes e HIPERDIA organizados na área adstrita, quem quer participar desses grupos, precisa se dirigir até o centro do município.

Mesmo com todas as dificuldades, é gratificante saber que os profissionais estão dando a volta por cima das dificuldades e conseguindo atender com qualidade a comunidade. Espero que toda essa dificuldade encontrada sirva de incentivo na realização de ações, promovendo a promoção da atenção básica e prevenção de doenças.

## **2 ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **2.1 Justificativa**

Uma das competências do cirurgião-dentista na atenção básica é coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais (Cadernos de Atenção básica número 17 - Saúde Bucal). Realizar ações de Promoção em Saúde Bucal em Escolares visa torná-los adultos mais saudáveis, melhorando assim, a qualidade de vida desta população. Muitas crianças em idade escolar (7 a 14 anos) nunca tiveram orientações quanto à maneira correta de fazer a higiene bucal, da influência da dieta na saúde, e de consequências de uma má condição de saúde bucal. Objetivando diminuir doenças e agravos nesta população, como a cárie dentária, doença periodontal e até mesmo doenças que tenham a dieta como um fator de risco comum (diabetes, obesidade...), procuraremos melhorar a qualidade de vida da população adstrita, através de atendimento integral para todos.

A unidade básica de saúde em questão possui uma estrutura bem defasada, com móveis velhos, ambientes pequenos com rachaduras nas paredes e sem nenhum tipo de acessibilidade. A equipe que atende a ESF II é bem limitada, contando com uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, dois médicos, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de saúde bucal e seis agentes comunitárias de saúde, porém somente a enfermeira fica diariamente na unidade. A ESF II abrange uma região com uma população de 1716 pessoas, porém o fluxo na unidade é baixo, limitando-se a consultas odontológicas, médicas, de enfermagem e retirada de medicamentos, com pouca procura de atendimentos através da demanda espontânea. Para o atendimento odontológico, até o mês anterior a este projeto, não houve grande procura de

atendimentos odontológicos, provavelmente devido ao fato de há algum tempo a unidade já estar sem este tipo de atendimento. Para incentivar a população a procurar este serviço, foram realizadas visitas nas escolas da área de abrangência, orientando os alunos sobre a importância de uma adequada atenção a saúde bucal.

A escolha de realizar a atenção com os escolares se deu devido à baixa procura de atendimento odontológico por esta parcela da população. Em abril de 2014, por exemplo, apenas 12 atendimentos de primeira consulta programática foram realizados, e 5 com atendimento não programado, destes apenas um com tratamento inicial completado, mostrando que muitos dos tratamentos são mais complexos, e exigem, em alguns casos exodontias de dentes permanentes. Isso pode estar ocorrendo devido a pouca orientação que essa população está recebendo, sem saber como realizar a higiene bucal corretamente, e sem saber a quem recorrer para procurar essas informações. Com isso vamos aumentar a cobertura, visando abranger 100% destes 206 escolares, que vão desde os 4 até os 18 anos de idade, e que estão matriculados nas cinco escolas de abrangência da UBS “ESF II”, que inclui a E. E. E. F. ANTONIO MANICA, localizada próxima a UBS, a E. E. E. F. Ivânia de Oliveira localizada na Linha São Vicente, a E. M. E. F. Dom João Becker da Linha Girau I, a E. E. E. F. Felice Campanhoni, localizada na comunidade Linha Colônia Nova e na E. M. E. F. São João na linha Campina de Pedras II.

As ações nas escolas vão permitir que os escolares recebam toda essa informação dentro de um ambiente propício para isso. No final eles estarão aptos a difundirem o conhecimento obtido através das famílias, que estão localizadas na zona rural do município e também possuem pouco acesso as informações sobre prevenções e tratamentos odontológicos. Visamos abranger 100% dos escolares da área adstrita promovendo a saúde através da prevenção dos agravos, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde. Para garantir que esses escolares tenham uma atenção integral e multiprofissional, conto com o apoio de toda a equipe, que se prontificou em colaborar com o projeto. Poderei contar com a enfermeira para avaliar as crianças previamente ao atendimento odontológico, com o médico que se mostrou bem interessado em colaborar, as ACS que se disponibilizaram para ajudar em que for



necessário, e a ASB (auxiliar de saúde bucal) que já tem me ajudado muito, principalmente com ideias de como atingir as metas propostas. As principais limitações estão na forma com que os alunos das escolas das comunidades São Vicente, Girau I e Colônia Nova irão se dirigir até a ESF II, já que a unidade está localizada no sentido contrário da cidade, havendo uma dificuldade no transporte destes. A colaboração por parte dos alunos também tem preocupado, principalmente na parcela da população do 6º ao 8º ano, que geralmente é de um manejo mais difícil, quando comparado à parcela do 1º ao 5º ano. Exigindo que seja realizada uma orientação criteriosa, para que estes alunos entendam a importância que este projeto trará, melhorando consideravelmente a saúde bucal destes, e gradativamente a saúde bucal de toda a população da área adstrita.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a condição de saúde bucal dos escolares nas escolas localizadas na região de abrangência da UBS “ESF II”, no município de Trindade do Sul/RS.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal dos escolares.
2. Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares.
3. Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Promover a saúde bucal dos escolares.

### **2.2.3 Metas**

Referentes ao objetivo 1:

1.1. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

1.2. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% dos escolares da escola foco da intervenção.

Referentes ao objetivo 2:

2.1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática em 100% dos escolares classificados com necessidade de tratamento (grupos C1, E ou F).

2.2. Realizar pelo menos uma escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

2.3. Realizar pelo menos quatro aplicações de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais (grupos D, E ou F).

2.4. Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática.

Referentes ao objetivo 3:

3.1. Fazer busca ativa de 100% dos escolares encaminhados e que não compareceram para a primeira consulta odontológica programáticas.

3.2. Fazer busca ativa de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática faltosos às consultas subsequentes.

Referentes ao objetivo 4:

4.1. Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática.

Referentes ao objetivo 5:

5.1. Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

5.2. Fornecer orientações sobre dieta para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

## **2.3 Metodologia**

Trata-se de uma intervenção a ser executada na UBS “ESF II”, que está localizada no interior do município de Trindade do Sul, localizado no estado do Rio Grande do Sul. O projeto terá duração de 12 semanas (3 meses), tem como público-alvo os escolares residentes na área de abrangência matriculados nas escolas da área da UBS. Com exceção de uma, as metas foram todas pactuadas em 100%, visando realizar as atividades com integralidade e contemplar os quatro eixos pedagógicos do curso, que incluem: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Para **ampliar a cobertura da atenção a saúde bucal dos escolares** no eixo de monitoramento e avaliação será feito pelo CD e pela ASB o constante monitoramento do número de ações coletivas de exame bucal realizadas nas escolas, através das listas de chamada. Na organização e gestão do serviço durante as visitas realizadas nas escolas pelo CD e pela ASB serão observadas as condições da realização das tarefas nas escolas e procurados lugares adequados para a realização destes. Para o eixo de engajamento público será feita uma conscientização com a comunidade pedindo a colaboração destes com o projeto. A qualificação da prática clínica será atingida através da capacitação que será feita pelo CD durante as reuniões ou no final do turno de trabalho, com o objetivo de capacitar a ASB e as ACS a realizarem o exame bucal com finalidade epidemiológica.

Para **melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares** no eixo de monitoramento e avaliação será feito pelo CD e pela ASB através das fichas de atendimento clínico o constante monitoramento dos escolares, incluindo a média de ações coletivas e número de tratamento dentário. Na organização e gestão do serviço assim como a organização da agenda de atendimentos e de visitas às escolas, o planejamento dos materiais necessários

para a realização das atividades, e a elaboração das listas de frequência, serão organizados com o apoio da ASB. Para o eixo de engajamento público a comunidade será sensibilizada pelo CD sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos, sendo informados sobre os turnos de atividades e a instituição de rotinas de escovação dental nas escolas. Na qualificação da prática clínica a equipe será qualificada de acordo com a melhor forma de realizar o acolhimento, cadastramento, agendamento, de acordo com os cadernos de atenção básica do ministério e no preparo do ambiente para o atendimento dos escolares.

Para **melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal** no eixo de monitoramento e avaliação o monitoramento dos faltosos será feito pelo CD e pela ASB, enquanto as buscas aos faltosos serão realizadas principalmente pelas ACS. Na organização e gestão do serviço o CD e a ASB irão organizar as visitas domiciliares aos faltosos e também a agenda para acomodar os faltosos. No engajamento público toda a equipe estará aberta a ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento. Na qualificação da prática clínica o treinamento da equipe na identificação e busca dos faltosos será feito pelo CD durante as reuniões ou no final do turno de trabalho.

Para **melhorar o registro das informações** no eixo de monitoramento e avaliação o CD e a ASB ficarão responsáveis por monitorar e avaliar os registros dos escolares com primeira consulta odontológica programática. Na organização e gestão do serviço o CD e a ASB são os responsáveis por implantar a planilha de saúde bucal e a ficha para o acompanhamento dos escolares cadastrados. No engajamento público o esclarecimento dos escolares e seus responsáveis sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via será feito pelo CD e pela ASB durante as visitas às escolas. Na qualificação da prática clínica o treinamento da equipe para o adequado preenchimento dos prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento será feito pelo CD durante as reuniões ou no final do turno de trabalho.

Para **promover a saúde bucal dos escolares** no eixo de monitoramento e avaliação o monitoramento das orientações sobre higiene bucal, dieta e

promoção à saúde será feito pelo CD e pela ASB. Na organização e gestão do serviço a organização das atividades para orientar sobre higiene bucal e dieta serão feitas pelo CD e pela ASB, estes também irão estimar todo o material necessário para as atividades. Para o eixo de engajamento público a divulgação das potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar serão feitas pelo CD e pela ASB, enquanto toda a equipe da UBS e os funcionários das escolas irão convidar a comunidade para participarem das ações de saúde, podendo colaborar na organização, planejamento e gestão. Na qualificação da prática clínica a capacitação da equipe para as atividades de promoção em saúde será feita pelo CD durante as reuniões ou no final do turno de trabalho, enquanto as atividades de fortalecimento do controle social serão discutidas durante as reuniões da equipe, discutindo a melhor forma de abordar esse tema na comunidade.

### 2.3.2 Indicadores

**Meta 1.1.** Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

**Indicador:** Proporção de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal.

**Numerador:** Número de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal

**Denominador:** Número de escolares frequentadores da(s) escola(s) foco(s) da intervenção

**Meta 1.2.** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% dos escolares da escola foco da intervenção.

**Indicador:** Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**Numerador:** Número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

**Denominador:** Número total de crianças que frequentam a escola e são moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.1.** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática em 100% dos escolares classificados com necessidade de tratamento (grupos C1, E ou F).

**Indicador:** Proporção de escolares com necessidade de tratamento com primeira consulta odontológica.

**Numerador:** Número de escolares classificados com necessidade de tratamento moradores da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica.

**Denominador:** Número de escolares classificados com necessidade de tratamento moradores da área de abrangência.

**Meta 2.2.** Realizar pelo menos uma escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares.

**Indicador:** Proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental.

**Numerador:** Número de escolares com escovação supervisionada com creme dental.

**Denominador:** Número de escolares frequentadores da(s) escola(s) foco(s) da intervenção.

**Meta 2.3.** Realizar pelo menos quatro aplicações de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais (grupos D, E ou F).

**Indicador:** Proporção de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

**Numerador:** Número de escolares de alto risco com aplicação de gel fluoretado com escova dental.

**Denominador:** Número de escolares frequentadores da(s) escola(s) foco(s) da intervenção classificadas com alto risco.

**Meta 2.4.** Concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador:** Proporção de escolares com tratamento dentário concluído.

**Numerador:** Número de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática com tratamento dentário concluído.

**Denominador:** Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 3.1.** Fazer busca ativa de 100% dos escolares encaminhados e que não compareceram para a primeira consulta odontológica programáticas.

**Indicador:** Proporção de buscas realizadas aos escolares encaminhados e que não compareceram para a primeira consulta odontológica programática.

**Numerador:** Número de crianças encaminhadas, que não compareceram à primeira consulta odontológica programática e que foram buscadas.

**Denominador:** Número de crianças faltosas à primeira consulta odontológica programática.

**Meta 3.2.** Fazer busca ativa de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática faltosos às consultas subsequentes.

**Indicador:** Proporção de buscas realizadas aos escolares com primeira consulta odontológica programática faltosos às consultas subsequentes.

**Numerador:** Número de crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes e que foram buscadas.

**Denominador:** Número de crianças faltosas às consultas subsequentes.

**Meta 4.1.** Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% dos escolares com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador:** Proporção de escolares com registro atualizado.

**Numerador:** Número de escolares da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

**Denominador:** Número total de escolares com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 5.1.** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

**Indicador:** Proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de escolares com orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de escolares matriculados na(s) escola(s) foco da intervenção.

**Meta 5.2.** Fornecer orientações sobre dieta para 100% dos escolares da escola foco da intervenção.

**Indicador:** Proporção de escolares com orientações sobre dieta.

**Numerador:** Número de escolares com orientação sobre dieta.

**Denominador:** Número de escolares matriculados na(s) escola(s) foco da intervenção.

### 2.3.3 Logística

A intervenção será feita junto aos escolares das escolas na área adstrita da ESF II. Esta intervenção será embasada no Caderno de Atenção Básica – Saúde Bucal nº 17 (Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, 2012).

Atualmente não existe nas unidades do município uma ficha que contemple todos os dados que serão obtidos durante a realização da intervenção, vão ser utilizadas as fichas espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, que visam registrar todas as ações realizadas nas escolas. Estima-se abranger 100% dos escolares da região adstrita. O gestor municipal garantiu o fornecimento dessas fichas, serão impressas inicialmente 100 fichas, e sempre que alguma delas estiver em número baixo será realizada uma nova impressão desta ficha, serão anexadas junto ao prontuário clínico



dos escolares, juntamente com a autorização assinada pelos pais para a realização das atividades com os menores, incluindo a autorização para os atendimentos clínicos e para as atividades coletivas.

Para organizar o registro específico do programa, será feito junto ao escolar a verificação se ele já realizou algum procedimento, caso a resposta seja positiva, será questionado qual unidade ele procurou, se participou de alguma ação de promoção de saúde no último ano. Será feita a confirmação com os registros do prontuário de atendimento clínico, e avaliado se o mesmo teve o seu problema solucionado, ou se foi feita a conclusão do tratamento. Essa atividade será realizada pelo CD e também pela ASB ou ACS da área da escola.

Para melhoria da prática clínica, faremos reuniões com a equipe envolvida para padronizar as orientações que serão oferecidas aos escolares. Todos os ACS, além da ASB e do CD deverão estar capacitados para realizar as ações coletivas, as capacitações serão todas realizadas uma semana antes do início da intervenção, e se julgarmos necessário será realizado mais de uma capacitação para determinada tarefa.

Serão feitas visitas regulares (2 por ano) pelo CD e pela ASB em todas as cinco escolas da área de abrangência da ESF II, essas visitas serão feitas com um carro que a Secretaria de Saúde do município disponibilizou. Nessas visitas serão feitas as orientações sobre higiene bucal, dieta e, para realizar essas orientações serão utilizados os projetores das escolas, apenas uma delas não possui, neste caso será levado o projetor do NAAB que aceitou emprestar. Todos os escolares serão cadastrados na UBS, após será feito o exame bucal em 100% dos escolares (1x/ano), sendo classificados em relação ao risco de terem a doença cárie, serão classificadas em de baixo risco e de alto risco. Também em relação à necessidade de tratamento, serão classificados em: com necessidade de tratamento e sem necessidade de tratamento. No mesmo dia será realizado o encaminhamento dos escolares para o atendimento clínico na UBS. Serão disponibilizados horários para o atendimento clínico dos escolares, tendo como meta realizar a primeira consulta odontológica programática em 80% dos escolares, para isso será feito o esclarecimento sobre a importância que esta consulta tem na saúde bucal

destes e pedido para que estes escolares marcados para a primeira consulta odontológica programática não faltem a esta. A enfermeira é quem realizará o acolhimento das crianças na UBS.

Todos os escolares classificados com necessidade de tratamento deverão realizar a primeira consulta odontológica programática. A consulta será agendada na escola e um bilhete será encaminhado aos pais/responsáveis, avisando do agendamento. As ACS também lembrarão os pais dos dias de atendimento, reduzindo assim o número de faltosos às consultas. Será feita busca ativa de 100% dos escolares que não compareceram tanto a primeira consulta odontológica programática, quanto às consultas subsequentes. A busca será feita pelas ACS, e será feita a remarcação para a consulta, além de esclarecido a importância desta. Serão procurados os possíveis motivos para a falta às consultas, procurando diminuir este número.

Será realizado pelo menos uma escovação supervisionada com creme dental em 100% dos escolares a cada mês, independente do risco em que se encontrem. O material será fornecido pelo gestor e já está disponível, a atividade será realizada primeiramente pelo dentista e, após, será incentivado aos professores realizarem essa escovação diariamente após o lanche dos alunos. Em 100% dos escolares classificados como de alto risco para doenças bucais, serão feitas quatro aplicações de gel fluoretado com escova dental, esta aplicação será feita na própria escola e o material já está disponível para iniciarmos os trabalhos, será entregue uma escova por aluno e nas próximas sessões iremos solicitar que este traga a sua escova para a escola. Será feito o constante monitoramento da frequência dos alunos marcados para realização do tratamento odontológico, pois temos a meta de concluir o tratamento dentário em 100% dos escolares que foram agendados para primeira consulta programática. Esse monitoramento será realizado por mim, pela ASB e pela enfermeira.

Os registros serão atualizados pelo CD e pela ASB em planilha e/ou prontuário. Será implantada planilha de saúde bucal e ficha para acompanhamento dos escolares cadastrados, este acompanhamento também será feito pelo CD e pela ASB.





Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.	X											
Incentivar a importância do autocuidado do escolar.	X	X	X	X								
Promover a participação de membros da comunidade e da escola no planejamento, avaliação, gestão e monitoramento das ações de saúde para os escolares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar as orientações sobre dieta.					X	X	X	X				
Organizar atividades com os escolares sobre orientação nutricional.				X								

### **3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

#### **3.1 Atividades previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

Este relatório irá apresentar uma análise detalhada das ações previstas, realizadas ou não, dificuldades e avanços da intervenção na Atenção à Saúde Bucal do Escolar, realizada no município de Trindade do Sul – RS, na localidade coberta pela UBS “ESF II”, durante o período de 8 de agosto a 30 de outubro de 2014. Todas as escolas desta área de abrangência fizeram parte da intervenção e tiveram 100% dos alunos acompanhados pela ESF. As cinco escolas participantes foram: Escola Ivânia de Oliveira, da comunidade Linha São Vicente, a escola Felice Campanhoni, localizada na comunidade Linha Colônia Nova, escola São João na linha Campina de Pedras II, escola Dom João Becker na linha Girau I e a escola Antonio Mânica na linha Campina de Pedras I, localizada próxima a UBS. Antes mesmo de iniciarem as atividades previstas pelo projeto de intervenção, já eram realizadas visitas às escolas pela equipe médica e odontológica, disseminando informações relacionadas com higiene e saúde. Então, quando foi iniciada a intervenção, já existia um contato com os diretores, professores e escolares, facilitando o acesso e conversa com estes.

Ao início da intervenção foi realizada uma reunião de equipe onde todos foram ouvidos sobre a viabilidade da intervenção e dos pontos a serem melhorados. Foi interessante para deixar todos cientes de como ocorreria a intervenção para a equipe fazer o correto encaminhamento dos escolares e o atendimento diferenciado que seria realizado deste momento em diante.

Num primeiro momento, já realizamos integralmente as primeiras ações previstas no projeto: identificação dos espaços escolares adstritos a cada UBS, que foram realizadas integralmente nas primeiras visitas as escolas. Além disso, a ação prevista para sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica e a importância das ações coletivas e de sensibilizar professores e funcionários sobre a dinâmica das atividades e importância da instituição de rotinas de escovação dental nas escolas foram feitas no início da intervenção em todas as escolas. Também informamos a comunidade sobre a necessidade dos alunos participarem das ações coletivas da escola no início da intervenção pelas ACS e informamos como seriam solicitadas as autorizações para os escolares realizarem os exames e os atendimentos odontológicos.

A ASB foi capacitada para realizar classificação de riscos e também para organizar a programação de atividades segundo as necessidades e hierarquização dos encaminhamentos dos escolares para atendimento clínico na UBS. Ficou decidido que o próprio CD iria realizar periodicamente o monitoramento/avaliação do programa e foi assim que ocorreu.

A meta de capacitar a equipe no acolhimento das crianças e seus responsáveis e nas orientações para a comunidade foi parcialmente realizada. Esta capacitação foi realizada somente com a enfermeira, o que ocorreu ao início da intervenção. Entretanto, toda a equipe foi capacitada a realizar o cadastramento no programa, preenchimento das fichas, e agendamento dos escolares para o programa, porém na prática quem realizou estas tarefas foi a ASB. Antes de iniciarem as atividades também foram feitas a capacitação da equipe para o preparo do ambiente e desenvolvimento de ação coletiva de escovação dental com creme dental supervisionada, capacitação dos profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, treinamento da equipe para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento odontológico subsequente, implantação da planilha de saúde bucal e ficha para acompanhamento dos escolares cadastrados, treinamento da equipe para adequado preenchimento de prontuários, planilhas e fichas de acompanhamento, organizar todo material necessário para as atividades de orientação de higiene bucal, organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem das

atividades de orientações sobre higiene bucal e nutricional, capacitar a equipe para atividades de promoção em saúde (higiene bucal e orientação nutricional), capacitar a equipe para atividades de fortalecimento do controle social, capacitar a equipe para o trabalho multidisciplinar, garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos, elaborar listas de frequência para monitorar o número de escovação supervisionada recebida por cada escolar, elaborar lista com os nomes dos alunos classificados como de alto risco, organizar acolhimento deste escolar na unidade de saúde, capacitar os responsáveis no monitoramento/avaliação do programa

Foi realizado o acompanhamento e atualização das datas das ações coletivas de exame bucal junto às escolas durante toda a intervenção. Ficou decidido por iniciar a intervenção onde os escolares teriam uma maior dificuldade de acesso ao CD (cirurgião-dentista), seguimos um protocolo de procurar sempre conscientizar estes escolares da atenção especial que devem ter com seus dentes, e as vantagens que uma adequada higiene bucal irá trazer para eles no futuro. Foi iniciada a intervenção em uma escola distante da UBS, a Escola Ivânia de Oliveira da comunidade Linha São Vicente, pois acreditamos que estes seriam um dos que mais necessitam dessa atenção, conversamos com a diretora e as professoras sobre as expectativas em relação ao projeto, e todas se mostraram dispostas a colaborar de alguma forma e nos apoiaram com o projeto, ficou decidido que os atendimentos clínicos aos alunos se dariam exclusivamente no turno oposto ao horário das aulas. Durante a conversa com os alunos, foram esclarecidas as dúvidas visando conscientizá-los sobre a importância do projeto, todos se mostraram dispostos em participar. Foram realizadas orientações de higiene bucal com todos os escolares presentes, como já haviam sido distribuídas escovas dentais havia cinco semanas a estes alunos, foi solicitado para que estes levassem as escovas, onde foi feita uma avaliação das condições de uso, e troca se necessário.

As atividades concluídas que foram realizadas durante todo o tempo de intervenção foram as de organizar as datas das ações coletivas de exame bucal junto às escolas, sendo realizadas sempre pelo CD ou pela ASB; monitorar/avaliar periodicamente a cobertura da primeira consulta odontológica dos escolares da área de abrangência da UBS, monitoramento este realizado



semanalmente sendo realizado mesmo durante os problemas com a planilha de coleta de dados; cadastrar todos os escolares na UBS (realizado durante a primeira consulta do escolar e atualizado durante as consultas subsequentes); organizar a agenda para o atendimento odontológico dos escolares (semanalmente, permitindo os atendimentos dos escolares visando dar sequencia a intervenção e dar conta de atender toda a demanda espontânea).

As metas de esclarecer a comunidade sobre a importância dos escolares realizarem a consulta odontológica e sobre a oferta destas consultas na UBS, esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário e esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos dos escolares foram realizadas com o auxílio de outros profissionais da equipe, principalmente das ACS. Esses profissionais muito contribuíram para a presente intervenção, levando os assuntos discutidos durante as reuniões das comunidades para as famílias ausentes. Além disso, também foi realizada a difusão da informação através dos escolares para suas famílias, tarefa que pode ser considerada como incompleta visto que nem toda a comunidade recebeu as orientações e esclarecimentos. Neste ponto talvez podemos melhorar, utilizando meios escritos para levar a informação aos pais através dos alunos.

O monitoramento número de escolares com primeira consulta odontológica programática foi realizado através da planilha de coleta de dados semanalmente, o que foi muito importante para o acompanhamento dos indicadores de cobertura, pois assim era possível determinar quantos escolares ainda precisavam vir à UBS até o final dos três meses para cumprir a meta. Para monitorar a média de ações coletivas de escovação dental com creme dental supervisionada por escolar, uma ficha espelho de saúde bucal de "Acompanhamento das Atividades Coletivas" foi utilizada. Sobre o planejamento de materiais necessários para realização das atividades foi realizado entre o CD e a ASB semanalmente, avaliando a necessidade de solicitar mais material para as semanas seguintes. Foi realizado um cálculo visando estimar o número de turnos necessários para atingir a meta de cobertura a cada 15 dias.

Pactuamos com as escolas os horários para realização de ações coletivas de saúde bucal, diretamente com os diretores das escolas, um ou dois dias antes da visita para verificar os horários disponíveis, dando preferência aos primeiros horários das aulas ou após o intervalo. Monitoramos a média de ações coletivas de escovação dental com gel fluoretado em escolares de alto risco através da ficha espelho de saúde bucal de “Acompanhamento das Atividades Coletivas”.

Uma ação muito importante que foi realizada integralmente foi o monitoramento da conclusão do tratamento dentário, realizado através das fichas de atendimento clínico e da planilha de coleta de dados e após concluídos os tratamentos é concedida a alta ao paciente. Também conseguimos organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos à primeira consulta odontológica programática.

A ação que previa contato com os espaços escolares para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal foi integralmente realizada. Todos os escolares estão cadastrados e temos contato com todas as escolas da área de abrangência da UBS. Quando foi iniciado o cadastramento dos alunos para realizar a triagem avaliando os escolares de acordo com o risco a cárie dentária, houve uma resistência de uma parte dos alunos, que não se mostraram dispostos a colaborar, foi observado que muitos alunos encontravam-se em situação precária, tendo muitos escolares classificados com alto risco, ou necessitando tratamento, estes escolares já tiveram a consulta agendada pela ASB. Enquanto era realizada a ação de escovação dentária supervisionada com creme dental, a ASB organizava as listas: de classificação de risco de cárie dentária, de encaminhamento para a UBS e de acompanhamento das atividades coletivas (Figura 12 e 13). No decorrer das atividades houve algumas dúvidas e dificuldades relacionadas com o transporte para alguns escolares com dificuldades de se locomoverem até a UBS. Foi buscada uma solução junto aos gestores e as secretarias de Saúde e Educação do município, para definir sobre como este seria realizado, porém nada foi decidido.

Durante o primeiro mês de intervenção, ocorreram muitos problemas com o transporte dos escolares, já que a secretaria de educação do município alegou não ter como realizar o transporte dos escolares diretamente até a UBS,

tendo eles que irem até o centro da cidade e só após virem até a UBS (que se encontra no sentido oposto à cidade), atrasando bastante os atendimentos e tornando a viagem cansativa para os escolares.

A ação prevista para treinar a equipe na identificação e busca dos faltosos à primeira consulta odontológica programática foi realizada, também a que previa o treinamento da equipe da identificação e busca dos faltosos às consultas odontológicas subsequentes. Com o auxílio das ACS foram feitas buscas ativa aos escolares que faltaram à primeira consulta odontológica programática.

Foi realizado o exame bucal com finalidade epidemiológica na Escola Estadual de Ensino Fundamental Felice Campanhoni, localizada na comunidade Linha Colônia Nova. A situação de higiene bucal dos alunos desta escola não estava tão precária quanto na escola anterior. Foi explicado como seria o andamento do projeto para o diretor e professores e todos apoiaram, discutimos como faríamos os trabalhos na escola, decidimos que ocasionalmente o atendimento odontológico dos alunos mais necessitados seria realizado durante o horário de aula, ao conversar com os alunos percebemos uma colaboração maior dos alunos que na escola visitada na semana anterior. Foram realizadas as ações coletiva de escovação dentária supervisionada com creme dental, avaliação das condições das escovas dentárias dos escolares, na hora de marcar os alunos houve muita dificuldade, pois até o momento não sabíamos como seria feito o transporte destes escolares, mas após marca-los foi levada uma lista com os nomes até a secretaria de educação e eles mesmo alegando que não há motoristas disponíveis, se comprometeram em realizar o transporte destes.

Foram organizadas e atualizadas as fichas dos escolares atendimentos nestas primeiras semanas, verificado se haviam fichas em número suficiente para as próximas semanas, já que foram agendados muitos escolares para os dias seguintes, foi agendada a visita na escola da comunidade Linha Campina de Pedras II para a semana seguinte.

Foi realizada a visita na Escola Municipal de Ensino Fundamental São João, localizada na Linha Campina de Pedras II, uma escola com apenas 29 alunos, após a triagem destes alunos foi verificado a possibilidade de realizar o

atendimento de todos os escolares, e não apenas dos classificados como alto risco para cárie dentária ou necessidade de tratamento, assim foram todos agendados para o primeiro atendimento odontológico programático. Sempre no dia anterior as visitas era conversado com as diretoras por telefone, explicando as atividades propostas e sendo solicitado para que avisassem os escolares para levarem suas escovas dentárias que utilizam no dia-a-dia, foram distribuídas escovas dentárias para os alunos que esqueceram as escovas, ou levaram escovas com as cerdas abertas e/ou desgastadas (Figura 14). Foi realizada uma detalhada orientação de higiene bucal e triagem de risco para cárie dentária nos escolares, após a triagem foi realizada a escovação dentária supervisionada com creme dental com os alunos presentes.

Foram impressas novas fichas de atendimento individual e de encaminhamento para a UBS.

Percebi no decorrer das atividades um desapontamento em parte da equipe devido aumento da demanda de pacientes, pois em alguns dias foi excedido o horário de trabalho em uma hora, e como vamos embora todos no mesmo carro todos tem que esperar finalizarmos os atendimentos.

Durante há quarta semana também foi realizada uma reunião com toda equipe, onde foi bastante discutida a questão do transporte dos escolares. Em seguida foi verificado junto à prefeitura, a possibilidade de disponibilizarem um carro para buscar os alunos nas escolas e após os atendimentos na UBS levá-los de volta a escola, os responsáveis gostaram da ideia e ficou garantido que teria um carro na prefeitura para alguém buscar os alunos nas escolas e levar para atendimento na UBS, após a realização do atendimento eles são levados até a escola onde foram buscados. Diante da inflexibilidade da Secretaria de Educação onde a secretária usou o termo “estamos de mãos atadas” para descrever a situação em que se encontram, concluímos que esta foi a melhor forma de dar continuidade à intervenção. Mesmo com alguns atrasos nas voltas da UBS, durante reunião ninguém reclamou destes atrasos, muito pelo contrário, todos apoiaram o projeto já que algumas das crianças que foram atendidas estavam em situações precárias, foi explicado para as agentes sobre algumas crianças onde foi feito o encaminhamento para a atenção

especializada para a realização de tratamentos endodônticos e também sobre a importância da realização da busca ativa com os escolares faltantes.

Foram bastante discutidas com a equipe as metas de Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para os escolares e de Promover a participação de membros da comunidade e da escola na avaliação e monitoramento das ações de saúde para os escolares, estas metas não foram completamente atingidas, já que não houve uma participação eficaz dos membros da comunidade na organização, planejamento e gestão das ações, entrei em contato com alguns membros da comunidade que apenas ouviram as propostas e concordaram, sem contestar nenhuma das atividades, porém foi observado que quem realmente esteve preocupado com o monitoramento dessas ações foram os membros das escolas, que se mostraram bastante dispostos a isso, com eles foram discutidas formas para melhorar a aceitação das ações pelos escolares.

Foi realizada a visita na última escola das cinco cobertas pela intervenção, localizada na Linha Girau I, a Escola Municipal de Ensino Fundamental Dom João Becker (Figura 15), lá foi conversado com a diretora sobre a melhor forma de acesso dos alunos e incentiva-los a concluírem o tratamento proposto, foi feita a orientação de higiene bucal com os alunos, explicado a importância do cuidado da saúde bucal, triagem de risco de acordo com a necessidade de tratamento e de acordo com o risco para cárie dentária, escovação supervisionada e também foram marcadas as datas das consultas com os escolares.

O segundo mês de intervenção foi similar às semanas anteriores em relação ao atendimento clínico, já que seguem as conversas com as diretoras e os atendimentos finalmente engrenaram, foi acertado com uma das diretoras que nas segundas feiras ela iria levar os alunos para a UBS para serem atendidos. Novamente foram realizadas visitas na escola Dom João Becker realizando as atividades coletivas com os alunos faltantes na semana anterior e acertada a nova forma de transporte. Em relação aos que não tem condições de se deslocarem até a UBS foi combinado com a diretora e professores que

com a presença de um dos responsáveis eu iria fazer o transporte deles em horário de aula (Figuras 16, 17 e 18).

Depois de realizada a triagem de risco nas cinco escolas da área de abrangência da UBS, foi possível visualizar melhor as carências de cada escola, consideramos que as escolas que mais necessitam assistência odontológica são a escola da Linha São Vicente (E. E. E. F. Ivânia de Oliveira) e a da Linha Girau I (E. M. E. F. Dom João Becker), coincidentemente as quais mais tivemos problemas com o transporte devido a estarem localizadas distantes da estrada principal, e abrangerem uma população de áreas mais isoladas do município, muitas vezes sem acesso a esse serviço. A grande maioria destes escolares apresenta algum tipo de má oclusão, cabendo a nós profissionais orientar adequadamente sobre os agravos que podem ocorrer com o passar do tempo.

Inicialmente pensou que os escolares que faltariam as consultas agendadas seriam os que têm higiene mais deficiente, e que foram classificados como de alto risco, porém foi observado que tanto os de alto risco quanto os de baixo risco estão faltando às consultas. Foi buscado o apoio das ACS apenas para comunicar a comunidade sobre o trabalho programado para ser realizado, visando conscientizar os familiares desses escolares a seguirem o tratamento proposto, muitos dos pais realmente entenderam a importância do projeto, porém mesmo com esse trabalho houve casos de pais que não se mostraram contentes com o fato de seus filhos irem até a UBS da Linha Campina de Pedras I, dizendo que só irão seguir o tratamento se este for realizado no Centro. Porém seguimos ajustando a agenda para possibilitar o atendimento a todos os alunos.

Assim que os escolares chegam à UBS é realizada uma triagem pela enfermeira, onde são verificados possíveis fatores de riscos para estes escolares, avaliando sua saúde geral, porém estes escolares só realizam um exame mais detalhado ou uma consulta médica quando alguém percebe ou suspeita de alguma alteração bucal ou sistêmica.

Aconteceram algumas intercorrências, tanto com as fichas de anotações quanto com a tabela de saúde bucal, já que devido ao grande número de alunos e de escolas as fichas se tornaram um pouco confusas, havendo necessidade

de passa-las a limpo, em relação à tabela, não sabia-se como exportar os alunos do primeiro para o segundo mês, havendo necessidade de digitar todos os escolares, quando isso foi feito a tabela parou de realizar a soma automática.

Ocorreu uma troca do gestor da saúde, prejudicando parcialmente o trabalho, já que a cada troca é necessário pedir apoio a este, explicando as vantagens que esta intervenção irá trazer aos munícipes, e solicitando reposição e manutenção dos materiais necessários para o adequado atendimento clínico dos escolares.

Durante uma conversa sobre as metas propostas no projeto, ficamos um pouco preocupados em relação ao alcance de todas elas, já que apesar de o número de atendimentos clínicos aos escolares ter aumentado consideravelmente na última semana, até o momento a intervenção não “engrenou”, é esperado que os resultados sejam mais bem observados durante as próximas semanas.

É visível que uma boa parte das metas propostas já foram alcançadas, principalmente as relacionadas ao gerenciamento e organização das ações programáticas, como a meta de cadastrar todos os escolares da área de abrangência na UBS.

Um número que preocupa é o de atendimentos necessários para atingir todas as metas, principalmente a de realizar a primeira consulta odontológica programática em 100% dos escolares, é preocupante, pois na metade do tempo previsto para a intervenção, temos apenas 1/4 dos tratamentos concluídos, se tornando cada vez mais difícil de atingir a meta proposta. Foi observado alguns pontos no cronograma, onde algumas metas devem ser reforçadas com a comunidade, principalmente em relação as metas de:

- Informar a comunidade sobre a necessidade dos alunos participarem das ações coletivas da escola.
- Esclarecer a comunidade sobre a importância dos escolares realizarem consulta odontológica e sobre a oferta destas consultas na UBS.
- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização dos tratamentos odontológicos dos escolares.

- Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento dentário.

As foram feitas visitas nas escolas Ivânia de Oliveira e Antônio Mânica, sendo que na Escola Ivânia de Oliveira foi realizada a ação coletiva de escovação dentária supervisionada com creme dental, organizado os horários para atendimento dos alunos que ainda não realizaram a primeira consulta odontológica programática (Figura 19) e realizado um reforço das orientações de higiene bucal, enquanto na Antônio Mânica além da escovação e das orientações de higiene bucal, foram feitas a triagem de risco para cárie dentária, organizado a lista de encaminhamentos para a UBS, realizada instruções de higiene bucal, distribuído escovas para os alunos que esqueceram elas em casa ou quais nós consideramos com necessidade de trocar, os atendimentos clínicos para os escolares destas escolas já estão sendo feitos, os que ainda não foram atendidos estão com consultas agendadas.

Foi realizada uma avaliação do andamento do cronograma, onde foi possível observar que muitas das metas já foram alcançadas, em todos os eixos de atenção, ampliando a cobertura de atenção à saúde bucal dos escolares, melhorando a qualidade, a adesão ao atendimento em saúde bucal, registro das informações e promovendo a saúde bucal dos escolares. Sendo que as atividades que ainda não foram realizadas/iniciadas até a oitava semana foram apenas as de Treinar a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de 6 a 12 anos; Capacitar a equipe para realizar ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, já que o CD é quem está realizando estas tarefas, cabendo a ASB auxiliar durante os exames; e a de Organizar atividades com os escolares para orientação nutricional, estas atividades já estão prontas, porém até o momento ainda não foram iniciadas.

As principais dificuldades encontradas foram primeiramente relacionadas com o transporte dos alunos, já que os motoristas não estavam dispostos a colaborar, demorando a ser encontrado um método eficiente e viável para trazer os escolares até a UBS; e também com a manutenção/reparo dos equipamentos odontológicos onde ocorre uma demasiada demora para o retorno do conserto. A planilha de coleta de dados que não realiza o cálculo correto dos indicadores, tornando os resultados dos atendimentos até o



momento imprecisos. Não houve problemas de familiarização com as planilhas, já que as orientações estavam muito claras e de fácil compreensão; exceto quando foi iniciada a transição do primeiro para o segundo mês de intervenção, já que a planilha parou de realizar os cálculos e passou a aparecer erros nas somas.

Em relação à incorporação das ações do projeto na rotina da UBS, a sequência de atendimentos dos escolares que foram realizados nos últimos dias mostra que está ocorrendo um bom engajamento entre a UBS e os escolares, estando à equipe pronta para dar continuidade com a intervenção, já que agora os escolares já estão habituados com a presença do CD na escola, acreditamos que as partes mais difíceis da intervenção já foram superadas, que era viabilizar a ida dos escolares até a UBS, e também conscientizar os escolares da importância de uma adequada saúde bucal e as consequências que isso irá trazer em suas vidas. Conseguimos o apoio da grande maioria dos pais e de todos os professores, devemos aproveitar esse contato com os escolares para incentivá-los a disseminar as informações sobre o autocuidado para seus familiares, trazendo não só o escolar para a UBS, mas sim a família toda, assim com o auxílio das ACS podemos fazer uma avaliação mais criteriosa de cada caso, dando uma atenção maior para as famílias com maior necessidade.

O terceiro mês da intervenção foi iniciado realizando as ações de saúde coletiva, enfim foi conseguido colocar em prática as orientações nutricionais sobre dieta, que estavam planejadas para serem realizadas a partir do segundo mês, foram realizadas as metas de Organizar todo material necessário para as atividades de orientação nutricional primeiramente, e em seguida Organizar atividades com os escolares para orientação nutricional e então Monitorar as orientações sobre dieta aos escolares e promoção a saúde.

Seguimos realizando as orientações sobre dieta, reforçando as orientações sobre higiene bucal e realizadas as ações coletivas de escovação dentária supervisionada com creme dental (Figuras 20 e 21), e foram feitos bochechos com solução fluoretada nos escolares classificados como de alto risco para cárie dentária (Figura 22). Foram realizadas novas impressões das fichas espelho que já se encontravam em baixo número.

A diretora e as professoras foram orientadas para implantar a escovação dentária com creme dental diariamente após o lanche, já que assim como nas outras escolas, já havia sido feito o pedido aos alunos para que deixassem essas escovas na escola para este fim (todos os alunos receberam ao menos uma escova dental), foi ouvida a opinião dos alunos sobre as atividades e eles se mostraram dispostos a continuar realizando as ações mesmo após o término da intervenção.

Durante as últimas semanas foram realizadas as atividades nas escolas (Figura 23) e muitos atendimentos clínicos, sendo muito gratificante observar que a grande maioria dos escolares já tiveram seus tratamentos concluídos e estão satisfeitos com os atendimentos recebidos. Estamos nos encaminhando para a fase final de atendimentos nas escolas, agora é mais bem observado que provavelmente não serão atingidas todas as metas devido ao alto número de escolares sem a primeira consulta odontológica programática realizada, porém, acreditamos que se houvesse mais um mês de intervenção, conseguiríamos concluir o tratamento de quase todos os escolares.

Inicialmente haviam muitas dificuldades, principalmente relacionadas ao acesso destes escolares até a UBS de referência para realizarem o atendimento, de como seria realizada a atenção multiprofissional a estes escolares, também houve a troca da ASB que havia me ajudado muito durante a análise estratégica por outra que possuía muitas dúvidas em relação à intervenção. Alguns problemas só apareceram quando foram iniciados os atendimentos clínicos dos escolares, ocorrendo dificuldades com o transporte, sendo que a intervenção só virou rotina após conseguirmos estabelecer um sistema que possibilite aos escolares irem direto da escola até a UBS, sendo levados por um carro diretamente das escolas para a UBS e após retornar para a escola, para isso foi necessário uma prévia autorização por parte dos pais e dos professores, já que estes atendimentos foram realizados na maioria das vezes durante o turno de aula destes escolares.

### **3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

Apenas duas atividades previstas não foram realizadas: o treinamento da equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais de crianças de 6 a 12 anos, pois foi o CD quem realizou os diagnósticos bucais das crianças, e a capacitação da equipe para realizar ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica. O CD foi quem realizou o exame bucal com finalidade epidemiológica, cabendo a ASB auxiliar durante os exames. Essas ações não puderam ser desenvolvidas devido à falta de tempo do restante da equipe, já estava programado que o CD realizaria estas tarefas, não prejudicando o andamento da mesma.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.**

Inicialmente estava um pouco confuso de transferir os dados das fichas espelho para a planilha de coleta de dados, que aconteceu até me ambientar com as planilhas. Foi atualizada a planilha de atendimentos do terceiro mês, na planilha já corrigida. Porém, a mesma não estava realizando a soma automática corretamente, o que dificultou bastante o nosso acompanhamento dos indicadores de saúde bucal durante a intervenção. Tentamos resolver o problema da planilha desde quando detectamos a falha na soma automática. Chegamos a contatar o suporte técnico do curso e também o apoio pedagógico, entretanto foi orientado que a planilha fosse enviada quando estivesse com todas as informações organizadas e sem dados faltantes, o que somente conseguimos após as 12 semanas.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.**

As atividades da intervenção já estão bem incorporadas a rotina da equipe, sendo feita a solicitação para os gestores para que estas atividades tenham continuidade após o término da intervenção, foi solicitado que continuem cedendo o carro para realizar o transporte dos escolares, pois isto foi considerado pela equipe o passo mais importante para a continuidade da intervenção. Na escola foi conversado com os alunos sobre a possibilidade de realizarem uma escovação diariamente após o lanche, todos acharam viável, então realizamos a orientação dos professores de como essa deve ocorrer (Figura 24), infelizmente não foi conseguido creme dental para que eles realizem esta atividade diariamente, ficando por conta de cada escolar trazer o próprio creme dental. A equipe está satisfeita tanto com o número de atendimentos realizados durante a intervenção, quanto com a qualidade do atendimento que foi oferecido a estes escolares. A enfermeira sempre que está presente conversa bastante com os escolares, em muitos casos se comunica com as agentes comunitárias de saúde para visitar as famílias destes escolares, porém é difícil o contato com o médico, que infelizmente pouco se interessou com a intervenção, se tivéssemos conseguido o contato com o médico poderíamos realizar uma feira de saúde com as famílias dessas comunidades, visando difundir melhor o planejamento da intervenção, a comunicação e conscientização da comunidade sobre os benefícios de uma adequada higiene bucal se deu basicamente pelas agentes comunitárias de saúde, dificultando a disseminação da informação por toda a comunidade, talvez se tivéssemos levado essas informações a um número maior de pessoas a aprovação e colaboração dos escolares com a intervenção teria sido ainda maior.

## **4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

### **4.1 Resultados da Intervenção**

A presente intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares matriculados em cinco escolas localizadas na área de abrangência da UBS “ESF II”, em Trindade do Sul - RS. Existem aproximadamente 203 crianças matriculadas nessas escolas. Entre os alunos, 177 realizaram a primeira consulta odontológica programática, alcançando ao final das 12 semanas de intervenção, uma cobertura 87,2% do programa, para isso realizamos o atendimento dos escolares diariamente, em média foram disponibilizados 5 atendimentos para escolares por turno, enquanto continuamos a realizar o atendimento normal do resto da população, sempre dando prioridade aos casos considerados mais graves.

A meta de aumentar em 100% a cobertura de escolares examinados na escola foi uma das mais buscadas na presente intervenção, pois a partir dela foi possível definir o nível de saúde bucal da população alvo. A maior parte das atividades de exames bucais com finalidade epidemiológica foi realizada no primeiro mês da intervenção, onde foi realizada a avaliação em 80,4% dos escolares. O número teria sido ainda mais próximo da meta se houvesse tempo suficiente para realizar a visita em todas as escolas ainda no primeiro mês. Entretanto, conseguimos quase a totalidade dos escolares examinados já no segundo mês, com 98,5% de cobertura. Essa meta foi completamente alcançada no terceiro mês, onde foi realizada a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares das escolas foco da intervenção. Foi possível atingir esta meta, pois ela depende

apenas da presença dos escolares nas aulas e nas visitas que realizamos nas escolas, os alunos se mostraram interessados em realizar este exame.

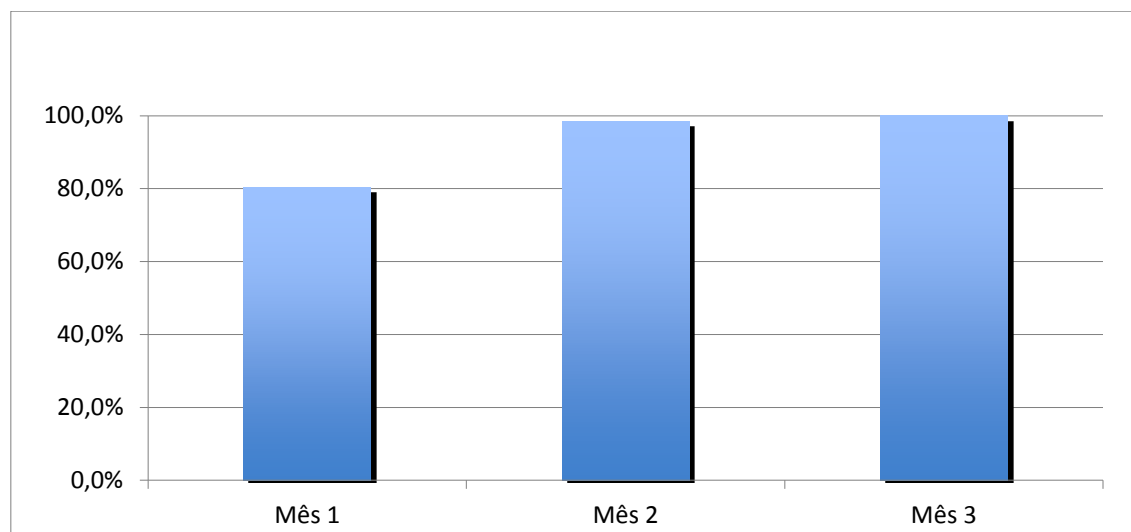


Figura 1 - Evolução mensal do indicador proporção de escolares examinados na escola. ESF II. Trindade do Sul, RS, 2014.

Outra meta extremamente relevante foi de ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% dos escolares das escolas foco da intervenção. Essa meta foi atingida ao final do terceiro mês, quando foram atendidas 177 das 200 (88,5%) crianças moradoras da área de abrangência. É possível observar um constante crescimento do número de escolares com primeira consulta odontológica programática: no primeiro mês foram realizados 41 atendimentos (20,5%), o segundo mês foi o que teve o maior número de consultas realizadas, já que 125 escolares foram captados e compareceram à UBS para suas consultas, alcançando 62,5% dos escolares com a primeira consulta realizada. Isso mostra que realmente foi conseguido dar uma sequência aos atendimentos. No terceiro mês a meta foi ultrapassada e 177 primeiras consultas odontológicas programáticas foram realizadas, finalizando com 88,5% dos escolares tendo realizado a primeira consulta. O número só não foi ainda maior porque foram realizadas várias consultas subsequentes para concluir o tratamento destes escolares. Esse resultado positivo e bastante relevante para a comunidade pode ser relacionado ao grande esforço da equipe em cobrar dos gestores o transporte para a busca dos escolares nas suas casas e escolas, para que fosse viabilizada a presença dos mesmos na UBS.

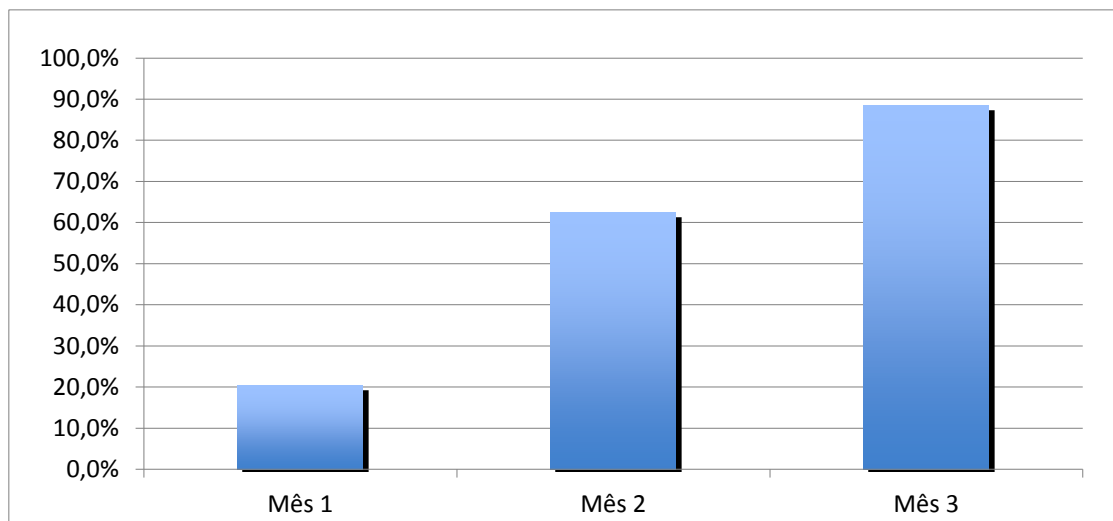


Figura 2 - Evolução mensal do indicador proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica. ESF II. Trindade do Sul, RS, 2014.

Inicialmente foi priorizado o atendimento dos escolares classificados como de maior risco para cárie dentária para alcançar a meta de ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática em 100% dos escolares classificados com necessidade de tratamento (grupos C1, E ou F), porém com o andar da intervenção observamos que seria possível realizar a primeira consulta odontológica em 100% dos escolares. A partir deste momento, resolvemos fazer o encaminhamento de todos os escolares para esta consulta. Mas, sempre que ocorriam choques de horários ou falta de horários, os escolares classificados com maior risco eram sempre priorizados. No primeiro mês 30 dos 94 escolares (31,9%) com alto risco realizaram a primeira consulta odontológica, já no segundo mês foram 76 dos 113 que realizaram (67,25%) a consulta. Ao final da intervenção, alcançamos o índice de 88,5% dos escolares com alguma necessidade de tratamento tendo realizado a primeira consulta odontológica programática, tendo apenas 13 escolares, dos 113 classificados como de alto risco, não realizado essa consulta. Como esperado, esses escolares foram os que se mostraram resistentes em realizar esta consulta. Estima-se que, talvez, este número seja menor, já que metade deles usou como justificativa para não realizar a consulta o fato de já ter realizado o tratamento com outro profissional.

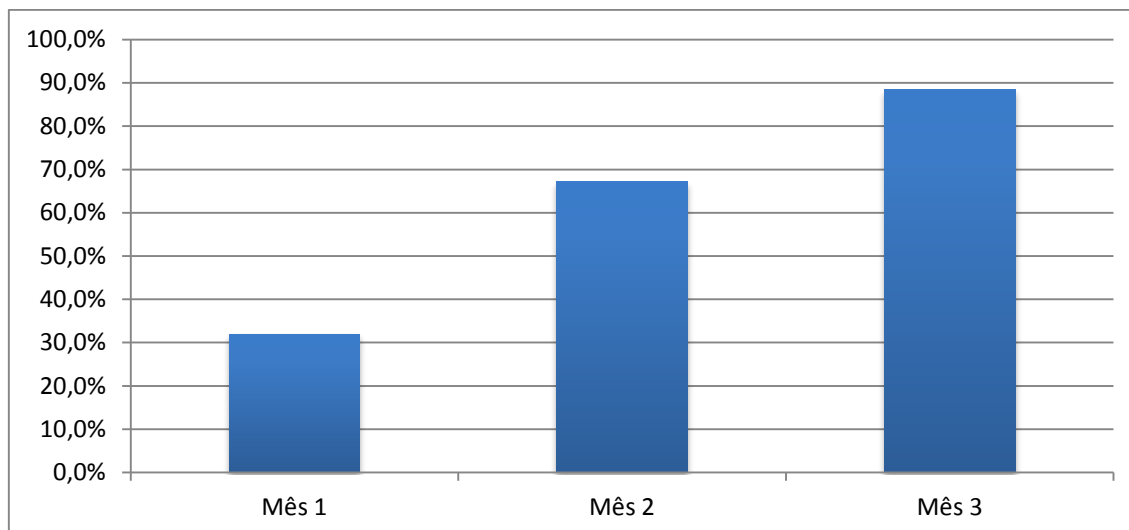


Figura 3 - Evolução mensal do indicador proporção de escolares com alto risco com primeira consulta odontológica. ESF II. Trindade do Sul, RS, 2014.

Foram feitas escovações supervisionadas mensais com creme dental em todas as escolas e 100% dos escolares realizaram pelo menos uma escovação supervisionada com creme dental. Em algumas situações foram realizadas até duas escovações durante o mesmo mês. O gráfico do indicador de escovações supervisionadas mostra que desde o primeiro mês praticamente todos os escolares já realizaram as escovações, tendo o primeiro mês com 97,5% dos escolares, e o segundo 98,1%, enquanto a meta de 100% foi alcançada ao final do terceiro mês. Foi conseguido introduzir a rotina de escovação ao dia-a-dia dos escolares já que em todas as escolas foram distribuídas escovas e instruído os professores a darem o tempo de 10 minutos depois de terminado o lanche para os alunos realizarem esta escovação. Segundo relato de diretores de três das cinco escolas, até o momento os escolares estão bastante colaborativos com esta ação. Esse é um resultado bastante positivo, pois sabe-se que pelo menos uma escovação diária já é suficiente para prevenir cárie e gengivite em muitos escolares. Então, contando com este apoio das escolas, essa intervenção poderá ter um grande impacto a longo prazo na saúde bucal da área da UBS.



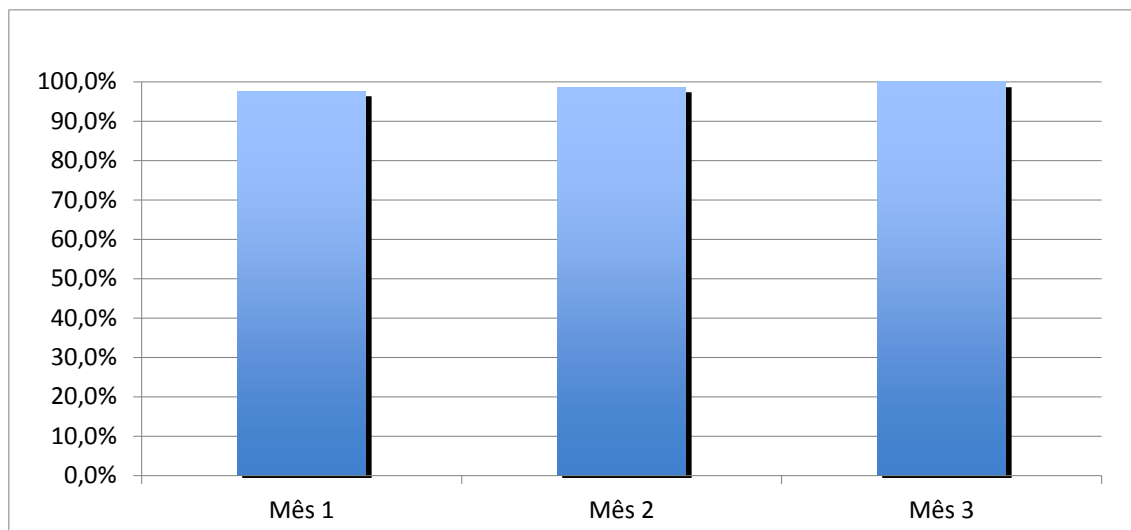


Figura 4 - Evolução mensal do indicador proporção de escolares com escovação dental supervisionada com creme dental. ESF II. Trindade do Sul, RS, 2014.

Ao final da intervenção, 122 escolares receberam aplicações de gel fluoretado com escova dental. Segundo a ficha espelho de acompanhamento das ações coletivas, a grande maioria destes escolares classificados como de alto risco recebeu até o término da intervenção três aplicações, com tempo médio de um mês entre as aplicações. Portanto, a meta de realizar pelo menos quatro aplicações de gel fluoretado com escova dental em 100% dos escolares de alto risco para doenças bucais (grupos D, E ou F) não foi totalmente atingida, mas apenas pelo fato de que essa intervenção terminou antes do prazo para realização da última aplicação de flúor desses escolares, ou seja, a meta será cumprida em alguns dias. Em uma das semanas da intervenção ocorreu falta de gel fluoretado. Neste caso foi realizada a ação de bochecho com solução fluoretada para estes escolares, que também é eficiente (Ministério da Saúde, Guia de Fluoretos, 2009). No gráfico é visível uma queda na proporção do índice, provavelmente devido às orientações e os atendimentos realizados, fazendo com que alguns escolares que inicialmente necessitavam essa complementação de flúor, não necessitassem nos meses subsequentes. No primeiro mês todos os 94 escolares (100%) classificados como de alto risco para cárie receberam aplicação tópica de flúor, enquanto no segundo mês o índice caiu para 74,6%, já que o número de escolares classificados como de alto risco subiu para 126, sendo possível realizar a aplicação tópica apenas em

94. A triagem do terceiro mês avaliou 113 escolares como de alto risco, e 86 deles (76,1%) receberam complementação de flúor.

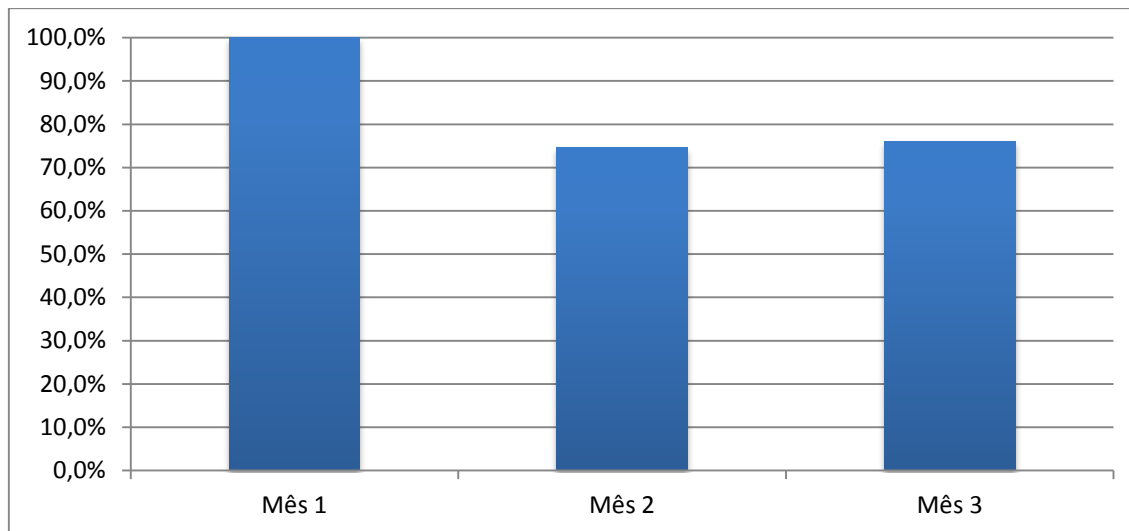


Figura 5 - Evolução mensal do indicador proporção de escolares com alto risco com aplicação tópica de flúor. ESF II. Trindade do Sul, RS, 2014.

Os números do indicador de proporção de escolares com tratamento dentário concluído mostram um constante crescimento da porcentagem de escolares com tratamento concluído. No primeiro mês, das 41 crianças com primeira consulta odontológica realizada, 26 tiveram tratamento concluído, concluindo inicialmente em 63,4% dos casos. Ao final do segundo mês, este número foi muito maior: das 125 primeiras consultas odontológicas realizadas até o momento, 104 escolares estavam com o tratamento concluído, resultando em 83,2% de conclusão do tratamento dos escolares atendidos. Essa diferença no número de tratamentos realizados mostra que a partir do início do segundo mês, quando conseguimos consolidar um transporte eficaz dos escolares até a UBS, o número de consultas realizadas aumentou e a qualidade do atendimento também, já que os escolares estavam mais tranquilos para realizarem estas consultas, possibilitando uma maior cooperação com o tratamento. Durante o terceiro mês foram priorizados os tratamentos em andamento, dos 177 escolares que realizaram a primeira consulta odontológica, 163 deles estavam em situação de tratamento concluído, totalizando ao final dos três meses 92% dos tratamentos concluídos nos escolares que realizaram a primeira consulta odontológica programática. Foi avaliada a possibilidade de encaminhar os casos que necessitavam atenção

especializada para o CEO mais próximo ao município, porém, como ainda não há nenhum nas cidades vizinhas, tornou-se inviável realizar este encaminhamento. Diante disso, todos os encaminhamentos realizados para a atenção secundária, foram feitos para consultórios particulares. A meta de 100% de escolares com tratamento concluído ainda não foi atingida por falta de tempo, mas é certo que em poucos meses todos os escolares estarão com todas as necessidades de atenção primária em saúde bucal sanadas.

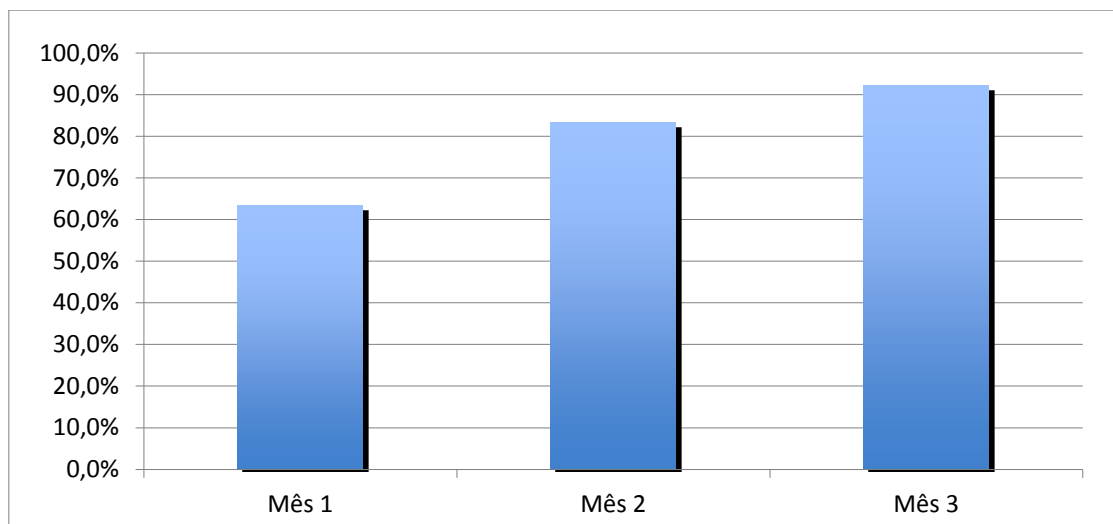


Figura 6 - Evolução mensal do indicador proporção de escolares com tratamento dentário concluído. ESF II. Trindade do Sul, RS, 2014.

Ao início da intervenção ocorreram muitas faltas às consultas. Tínhamos muitas dúvidas de como diminuir esses números, mas houve um momento em que o número de faltas não aumentou mais, já que os escolares que estavam dispostos a realizarem as consultas eram buscados em suas escolas e depois trazidos de volta para a mesma. Isso mostra o motivo da redução no número de faltas no terceiro mês. No primeiro foram realizadas 41 primeiras consultas odontológicas, enquanto o número de faltas para esta foi de 24. Procuramos sempre realizar as buscas na mesma semana que ocorreram as faltas dos escolares e isso só foi possível devido a disposição e colaboração das ACS, que se colocaram a disposição para auxiliar neste trabalho. No mês inicial foram realizadas 15 buscas, totalizando 62,5% dos faltosos. No segundo mês a proporção de faltosos diminuiu já que até então ocorreram 48 faltas das 173 consultas agendadas, totalizando 125 escolares com primeira consulta odontológica realizadas, enquanto o número de buscas aumentou

significativamente, pois em 45 deles foi realizada a busca ativa, uma proporção de 93,8% entre os faltosos. O número que mostra que depois que organizamos o transporte dos escolares houve uma redução significativa dos problemas das faltas, observada entre o segundo e o terceiro mês, onde o número de faltosos não aumentou. Apesar do número de escolares que realizaram a primeira consulta aumentar para 177, o número dos faltosos permaneceu nos 48, enquanto o de buscados aumentou para 46, os dois escolares não foram buscados pois realizaram a primeira consulta odontológica e tiveram seus tratamentos concluídos, totalizando 95,8% dos faltosos buscados, muito próximo da meta de 100%, o que pode ser considerado um excelente resultado.

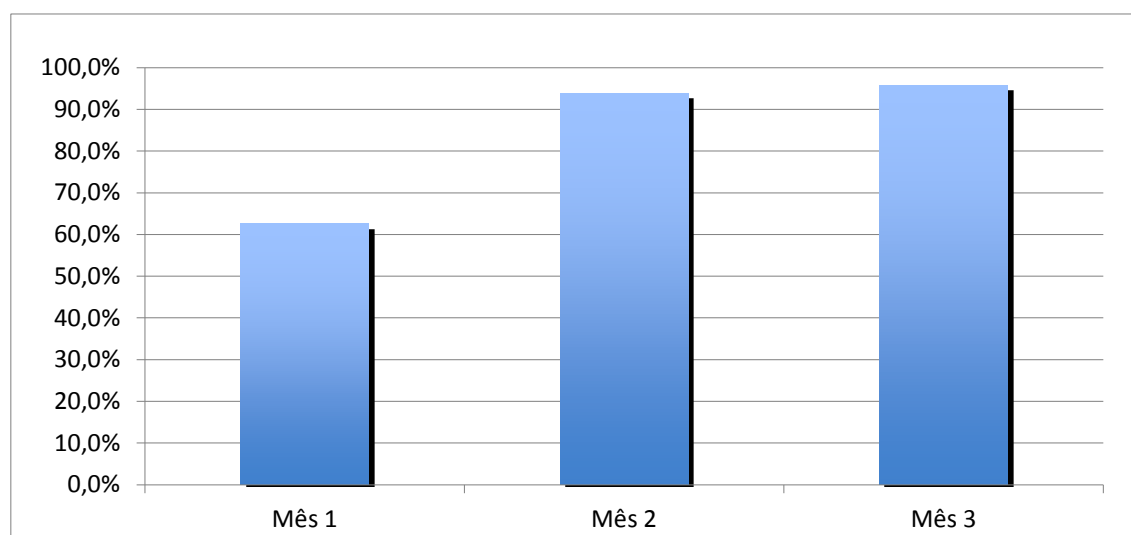


Figura 7 - Evolução mensal do indicador proporção de buscas realizadas aos escolares encaminhados e que não compareceram para a primeira consulta odontológica programática. ESF II. Trindade do Sul, RS, 2014.

O número de faltosos as consultas subsequentes foi bastante baixo, pois a maior dificuldade era com os escolares que tinham problemas com o transporte. Estes inicialmente nem chegaram a realizar a primeira consulta odontológica. Ocorreu um número significativo de faltosos as consultas subsequentes apenas no segundo mês de intervenção onde ocorreram 7 faltas, destas 6 foram buscados e o escolar restante concluiu o tratamento antes desta busca ser realizada. Durante o primeiro e o terceiro mês de intervenção apenas um escolar faltou em cada um dos meses e foi realizada sua busca. Foi totalizado ao final da intervenção 9 faltosos as consultas subsequentes, dos

quais 7 foram buscados, ou seja, uma proporção de 77,8%, porém 100% dos escolares foram acompanhados.

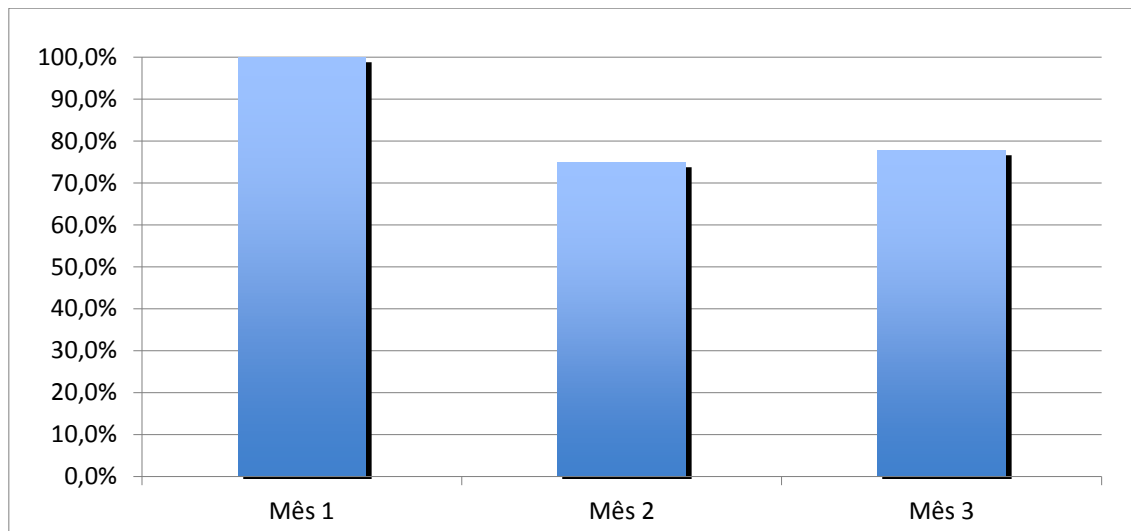


Figura 8 - Evolução mensal do indicador proporção de buscas realizadas aos escolares com primeira consulta odontológica programática faltosos às consultas subsequentes. ESF II. Trindade do Sul, RS, 2014.

A meta de melhoria de 100% dos registros foi atingida devido à colaboração da ASB e da enfermeira na intervenção. Essas profissionais ficaram responsáveis pelos preenchimentos das fichas de atendimento individual, e por auxiliar durante a atualização da planilha. Todos os escolares que foram atendidos na UBS tiveram seus registros atualizados e o número cresceu progressivamente de acordo com o número de atendimentos. Inicialmente ocorreu uma falta de registro de alguns escolares, que foi resolvido com o auxílio das ACS. No gráfico é possível observar o constante crescimento da proporção de escolares com registro atualizado, mesmo com o crescimento do número de escolares a cada mês. No primeiro mês haviam 41 escolares com a primeira consulta realizada e 35 deles estavam com o registro atualizado (85,4%), já no segundo mês esse número chegou a 99%, sendo alcançada a meta de 100% dos registros atualizados ao final do terceiro mês.

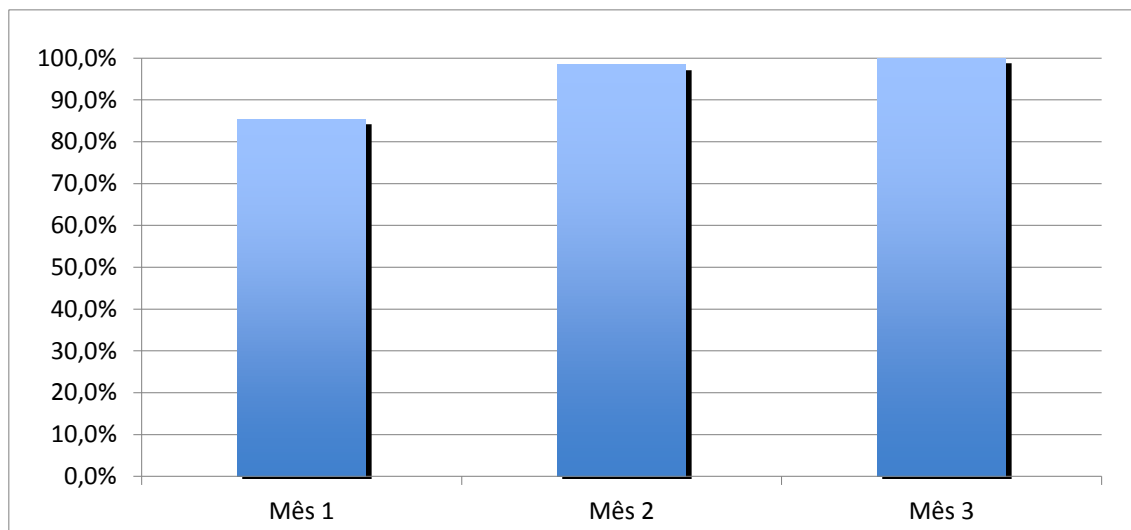


Figura 9 - Evolução mensal do indicador proporção de escolares com registro atualizado. ESF II. Trindade do Sul, RS, 2014.

Desde o início da intervenção, a meta de fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos escolares foi uma das mais priorizadas. Inicialmente realizamos estas orientações através de projeções de slides e demonstrações em macromodelo. As ações foram realizadas durante os três meses de intervenção durante todas as visitas realizadas nas escolas. A partir do segundo mês, foi priorizada a orientação dos escolares durante a higiene bucal, onde um grupo de 4 escolares realizou primeiro a utilização do fio dental e em seguida a escovação dental com creme dental. Durante estas atividades, o CD orientava a maneira correta de realizar e avaliava a capacidade do escolar de realizar a correta higiene bucal. Os números foram ótimos devido a grande prioridade que foi dada a meta, onde quase todos os escolares receberam as orientações já no primeiro mês (98%), enquanto no segundo mês foi alcançado 98,1% dos escolares e, ao final do terceiro mês, 100% dos escolares haviam recebido orientações sobre higiene bucal.

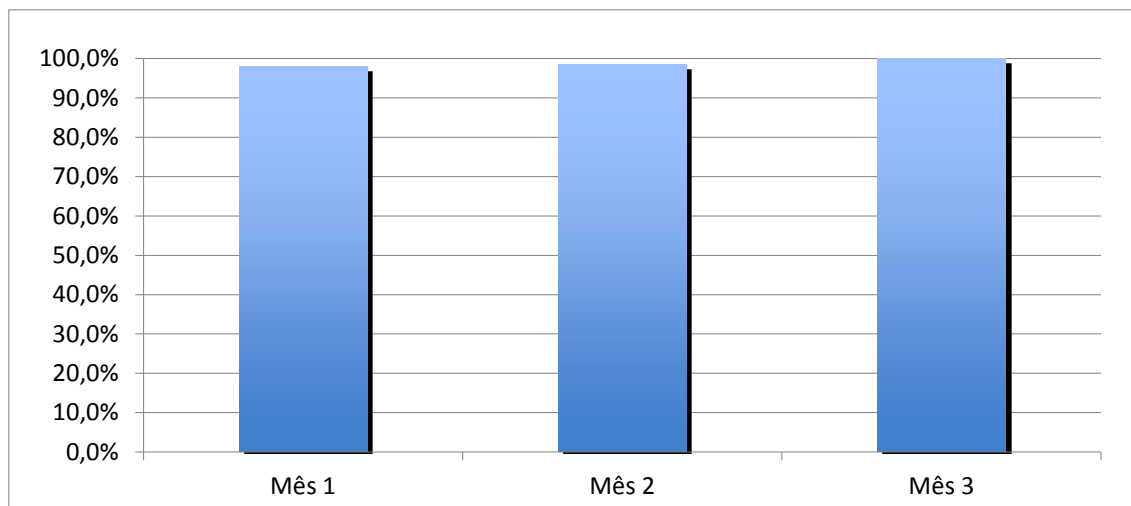


Figura 10 - Evolução mensal do indicador proporção de escolares com orientações sobre higiene bucal. ESF II. Trindade do Sul, RS, 2014.

Buscamos fornecer orientações sobre dieta para 100% dos escolares da escola foco da intervenção, meta considerada integrada à anterior. Foram iniciadas as atividades durante o segundo mês de intervenção, pois julgamos necessário haver um foco maior nas orientações sobre higiene bucal no primeiro momento. Durante o primeiro mês não houveram atividades relacionadas, já durante o segundo mês foram realizadas orientações para 25,7% (53 escolares), conseguindo atingir um número de 97% dos escolares ao final da intervenção. Conseguimos levar atividades que fizeram com que esses 197 escolares questionassem como deve ser a alimentação ideal, as vantagens que uma adequada dieta trará durante a vida a longo prazo e os problemas associados a uma dieta rica em sacarose e gorduras, que é fator de risco em comum para diversas doenças, incluindo cárie dentária, diabetes, hipertensão, obesidade, aterosclerose, etc. Foi gratificante, pois inicialmente achávamos que os escolares não teriam tanto interesse no assunto, porém interagiram bastante durante as atividades. Apesar de nos dois primeiros meses esse indicador estar bem abaixo do esperado, foi possível obter um progressivo aumento de participação a partir do início das atividades.

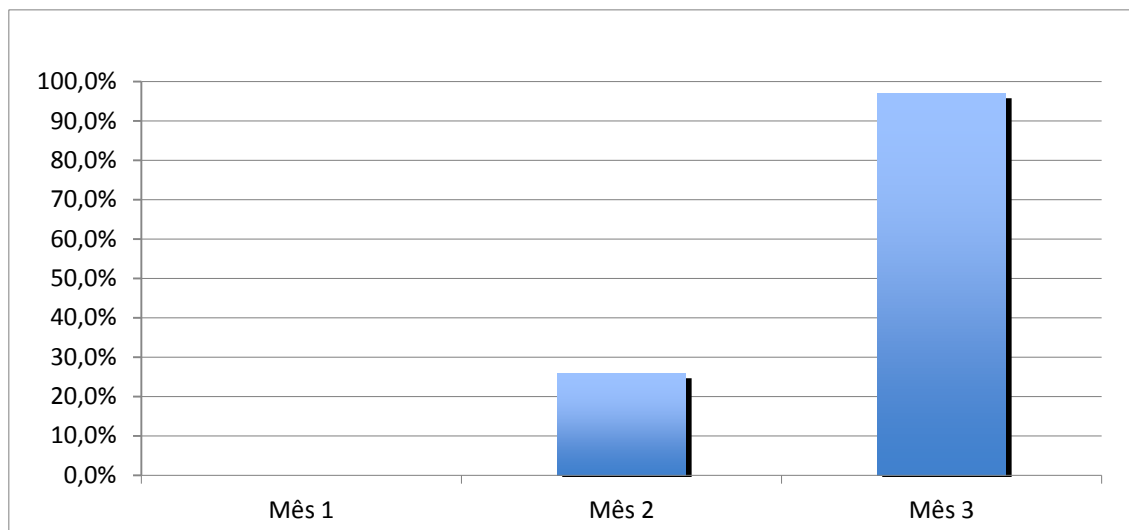


Figura 11 - Evolução mensal do indicador proporção de escolares com orientações sobre dieta. ESF II. Trindade do Sul, RS, 2014

## 4.2 Discussão

A presente intervenção melhorou a atenção aos escolares matriculados em escolas nas comunidades de abrangência da UBS, pois anteriormente a intervenção eram realizadas poucas ou nenhuma visita da equipe de saúde a essas escolas. A intervenção tornou possível o atendimento de 177 dos 185 escolares encaminhados para realizarem a primeira consulta odontológica programática. Houve uma significativa melhora no registro dos escolares e no cadastramento deles na UBS, muitos destes escolares nunca tinham vindo a UBS. Durante toda a intervenção foi priorizada a qualidade do atendimento, apesar da necessidade de realizar muitos atendimentos tentando conciliar a demanda espontânea e alcançar as metas propostas, conseguimos durante todo o período realizar os tratamentos mais indicados, com melhor prognóstico e o correto encaminhamento desses escolares a atenção especializada.

O trabalho com a equipe foi muito importante para o andamento da intervenção, apesar de não ter conseguido o apoio do médico da UBS, todos os outros profissionais acompanharam de perto a evolução do projeto. Procurei ouvir a opinião de todos antes de iniciarmos a intervenção, observando a disponibilidade de cada um individualmente. Houve a troca da auxiliar de consultório dentário na véspera do início da intervenção, e essa profissional se mostrou bastante confusa durante todas essas atividades durante a



capacitação da equipe, porém depois se mostrou muito eficiente e uma das grandes responsáveis pelo sucesso da intervenção. A enfermeira que auxiliou com o contato com ACS e com as famílias para a realização das buscas ativa, além disso, ficou responsável pela recepção dos escolares e por realizar uma triagem da saúde geral do escolar e verificar possíveis fatores de risco familiar, algumas vezes tendo ficado responsável até por levar os escolares de volta para a escola.

A UBS por estar localizada no interior do município, possui um baixo número de procura por atendimentos odontológicos, e quando ocorre essa procura geralmente são casos extremos onde a única opção é a extração dentária. Com a incorporação da intervenção foi possível otimizar os atendimentos, priorizando a atenção primária, o que conseqüentemente irá reduzir o número de procura por extração dentárias e outras necessidades da consulta especializada no futuro. Antes do início da intervenção ficávamos grande parte do tempo esperando os poucos pacientes marcados, enquanto após o início desta conseguimos realizar diversos atendimentos em todos os turnos, havendo um crescimento considerável no número de atendimentos, sendo muito gratificante visualizar os resultados obtidos e perceber que a comunidade foi conscientizada sobre a importância da prevenção.

A comunidade foi a grande beneficiada com a intervenção, já que um bom número de escolares teve sua primeira consulta odontológica realizada. Um dos mais importantes benefícios para a comunidade foram as orientações sobre higiene bucal e dieta que foram ensinadas a esses escolares e serão repassadas para suas famílias. Não houveram problemas com o atendimento da demanda espontânea, já que esta procura é baixa na UBS.

O principal ponto que poderia ser mudado no início da intervenção que teria colaborado bastante, e que com este todas as metas provavelmente seriam alcançadas, é o fator do transporte dos escolares para a UBS. Apesar de ter sido feito um minucioso planejamento, não foi realizado um teste para avaliar a viabilidade do transporte dos escolares, que na prática se mostrou bastante complicado para os escolares. A ideia de buscá-los na escola mostrou para estes a preocupação que a equipe tem com sua saúde. Se tivessem sido realizadas algumas reuniões ou inserido ações com as famílias destes

escolares, com uma frequência mensal, talvez conseguíssemos informar melhor a estas famílias sobre o andamento da intervenção, pois isto poderia sensibilizá-los sobre a melhor maneira de proceder para seus filhos participarem e estarem incluídos em um programa de saúde bucal na UBS.

A intervenção está incorporada à rotina de serviços na UBS. Muitos membros da comunidade, professores e familiares dos escolares que foram beneficiados com a intervenção já perceberam resultados imediatos da realização dessas orientações e atendimentos. Todos parecem estar contentes com a atenção que estão recebendo, e confiantes com a continuidade destas atividades.

Durante a intervenção, observei um grande número de crianças com gengivite associada à placa bacteriana e má-oclusões, dois fatores muito prevalentes nesses escolares e que trazem grandes prejuízos, já que se não tratados, tendem a piorar com o passar do tempo. Com relação à gengivite, certamente esse número irá reduzir, devido ao esclarecimento sobre higiene bucal durante a intervenção. Pode ser interessante, no decorrer do tempo, reavaliar a condição das gengivas dessas crianças e observar se houve melhora. Entretanto, com relação à má-oclusões, pouco pode ser feito pelo CD na atenção primária, mas por enquanto devemos encaminhar os pacientes para atenção secundária ou atendimento particular. Cabe a nós, profissionais, orientar adequadamente estes escolares, conscientizando sobre os ganhos que podem ser conseguidos com uma adequada saúde bucal, incentivando eles a procurarem a atenção especializada para realizar os tratamentos necessários, já que quanto antes eles realizam a procura dessa atenção, melhor é o prognóstico. A próxima meta é avaliar esses agravos também, incluindo indicadores nas planilhas para um melhor acompanhamento.

A prioridade, agora, é conscientizar os escolares que ainda não realizaram a primeira consulta odontológica, que não representam um grande número, porém exige muito trabalho de toda a equipe. Para isso, será determinante o apoio das equipes das escolas, que durante a intervenção se mostraram bastante dispostos. Depois de atingido este objetivo, será avaliada a possibilidade de realizar projetos semelhantes com outros grupos etários da

comunidade e de estender a intervenção através dos outros dentistas para as outras escolas do município, priorizando a atenção integral a saúde.

#### **4.3 Relatório da intervenção para os gestores**

*Exmo Sr. Secretário Municipal da Saúde Odair Adílio Pelicioli,*

Venho por meio deste documento expor os resultados da intervenção realizada visando a melhoria da saúde bucal dos alunos matriculados nas escolas da área de abrangência da ESF II.

Após uma análise sistemática do trabalho realizado na ESF II, foi possível perceber que seria interessante ter uma rotina de trabalho envolvendo as escolas com o objetivo de melhorar a saúde bucal e o acesso das crianças e adolescentes ao posto, permitindo que os mesmos recebessem orientações preventivas, classificação de risco para cárie, consultas odontológicas e finalização de tratamento odontológico. A intervenção realizada melhorou significativamente o acesso dos escolares até a UBS.

As cinco escolas que participaram da intervenção foram: Escola Ivânia de Oliveira, da comunidade Linha São Vicente, a escola Felice Campanhoni, localizada na comunidade Linha Colônia Nova, escola São João na linha Campina de Pedras II, escola Dom João Becker na linha Girau I e a escola Antonio Mânica na linha Campina de Pedras I. Ao final dos três meses de intervenção, dos 203 escolares matriculados nessas escolas, 177 deles realizaram a primeira consulta odontológica, totalizando uma cobertura de 87,2% dos escolares matriculados acompanhados na UBS.

Antes de dar início a intervenção, eram poucas as atividades realizadas nessas escolas, visando orientar, prevenir e acompanhar esses escolares. Inicialmente foi conversado com a equipe da UBS "ESF II", e com os professores, e diretores das escolas, observando as necessidades de cada escola, permitindo um planejamento das ações para realização de atividades. Ficou decidido de iniciarmos a intervenção nas escolas consideradas com maior carência ou maior dificuldade de acesso ao atendimento pelo cirurgião-

dentista. Sempre que necessário foram realizadas as impressões das fichas espelho na UBS principal do município, possibilitando o acompanhamento de todas as atividades.

Durante as nossas primeiras visitas as escolas, combinamos com os gestores destas os melhores horários para a realização das consultas odontológicas com os alunos. Posteriormente realizamos uma conversa com os alunos, procurando esclarecer possíveis dúvidas e conscientizá-los sobre o projeto, explicando como seriam realizadas todas as atividades, em seguida foram iniciadas as atividades de ações coletivas, que incluíram instruções de higiene bucal, avaliação das condições de uso das escovas dentárias dos escolares, substituindo as consideradas inadequadas. Foram feitas triagens avaliando o risco dos escolares para cárie dentária, sendo realizadas aplicações de gel fluoretado, e agendamento para primeira consulta odontológica dos escolares classificados como de alto risco para cárie dentária e os classificados como com necessidade de tratamento, após essa triagem foi realizada a ação coletiva de escovação dentária supervisionada com creme dental.

Recebemos o apoio das ACS (Agentes comunitárias de saúde) para realizar a busca ativa dos pacientes faltosos as consultas, principalmente no primeiro mês de intervenção, já que ocorreram muitas faltas neste período.

Durante o primeiro mês tivemos alguns imprevistos com o transporte, já que não havia ficado claro para os motoristas de como seriam realizados os atendimentos e como deveria ser feito o transporte desses escolares. Dificuldade essa que só foi solucionada quando a secretaria de educação do município cedeu um automóvel para a realização deste transporte. A partir de então, ficou decidido que o transporte dos alunos seria realizado em horário escolar, sendo eles buscados nas escolas para a realização da consulta odontológica, e após levados de volta para a escola. Com essa decisão o número de escolares beneficiados com as consultas odontológicas cresceu gradualmente durante esses três meses, chegamos ao fim da intervenção com 177 escolares (87,2%) tendo realizado a primeira consulta odontológica, e destes, 163 encontram-se em situação de tratamento concluído, enquanto os outros foram encaminhados para atendimento especializado.

Apesar das trocas de gestores e da demora para conserto do fotopolimerizador (equipamento essencial para realização de restaurações dentárias) durante a intervenção, em nada prejudicou a qualidade dos atendimentos prestados e o andamento da intervenção, já que sempre que procuramos os gestores fomos ouvidos, tendo nossas necessidades solucionadas. No último mês foi realizada para os alunos, a orientação sobre dieta, possibilitando uma melhor interpretação deste assunto pelos escolares, procurando conscientizá-los a escolherem sempre o melhor alimento e, assim, prevenindo não apenas cárie, mas também reduzindo o risco de obesidade na população, que é um fator de risco para diversas doenças, como hipertensão e diabetes, que são doenças extremamente comuns e que geram custos para nosso sistema de saúde.

O sucesso da intervenção só foi possível devido ao apoio recebido de todas as partes, que inclui o apoio recebido pela comunidade/pais dos escolares que se mostraram bastante acolhedores, possibilitando que tivéssemos a liberdade para propor as atividades que julgamos necessárias para as comunidades. Os professores/diretores também colaboraram ajudando a conscientizar os alunos da importância do cuidado com a saúde bucal, se disponibilizando a liberarem os alunos em horários de aula para a realização dos tratamentos odontológicos e das atividades de ação coletiva. A equipe toda da UBS também apoiou a intervenção e desde o início colaborou, ajudando na recepção e o acolhimento dos escolares, no preenchimento das fichas de acompanhamento, e também possibilitou a realização de uma atenção integral à saúde destes. Por fim, o apoio dos gestores que propiciaram essa situação, se mostrando interessados em colaborar com a intervenção, fornecendo os materiais necessários para que tudo ocorresse dentro do planejado, que inclui a impressão das fichas de acompanhamento, conserto dos equipamentos que apresentaram defeito durante esse período, garantiu o fornecimento de todo material necessário para manter a qualidade do atendimento, e se mostraram flexíveis com a necessidade de um automóvel para realizar o transporte dos escolares.

Ao final desses três meses, obtemos ganhos para o futuro da comunidade, visto que atividades educativas e tratamento precoce para

crianças e adolescentes irão resultar em adultos mais saudáveis, além da redução das filas para atendimento com o dentista no posto. A equipe de saúde desta ESF quer continuar com esse trabalho, mas para isso precisamos receber o total apoio dos gestores, pois são vocês quem podem fazer com que a intervenção tenha continuidade, fornecendo apoio no transporte, e garantindo materiais e manutenção dos equipamentos de qualidade, isso vai possibilitar que esta continue a trazer bons resultados, nós da equipe estamos unidos e motivados para que o serviço de saúde seja cada vez melhor.

#### **4.4 Relatório da intervenção para a comunidade**

Este relatório tem por objetivo mostrar à comunidade todas as vantagens que conseguimos com a realização da intervenção para a melhoria da atenção à saúde bucal dos escolares, que abrangeu as escolas: Escola Ivânia de Oliveira, da comunidade Linha São Vicente, a escola Felice Campanhoni, localizada na comunidade Linha Colônia Nova, escola São João na linha Campina de Pedras II, escola Dom João Becker na linha Girau I e a escola Antonio Mânica na linha Campina de Pedras I.

Antes do início da intervenção, poucas eram as atividades com ênfase na saúde bucal realizadas nessas escolas. Em um primeiro momento procuramos ouvir os escolares e os professores/diretores das escolas sobre a viabilidade de realizar as atividades com esse público, após aprovado pela grande maioria destes ficamos entusiasmados com a realização das atividades, que envolveram toda a equipe de saúde da família, principalmente a equipe de saúde bucal.

A primeira atividade ocorreu nas escolas, com orientações de saúde bucal para todos os alunos, triagem de risco para a cárie dentária, distribuição de escovas dentárias, escovação dentária supervisionada pelo dentista, e encaminhamento dos alunos considerados com alguma necessidade de tratamento para realizarem a primeira consulta com dentista no posto, enquanto os alunos classificados com alto risco para desenvolver cárie receberam aplicação de flúor na escola.

Após, os alunos foram acolhidos na UBS pela enfermeira, o que possibilitou o trabalho em conjunto de toda a equipe para melhorar a saúde dessas crianças, verificando possíveis fatores de risco de diversas doenças nesses escolares. Nas semanas seguintes houveram muitos problemas relacionados com as faltas dos escolares às consultas odontológicas marcadas, devido à dificuldade dos escolares se descolarem até a UBS. Havíamos combinado que o transporte escolar os levaria para o atendimento, porém muitos escolares acharam difícil de irem com este transporte, pois teriam que esperar muito tempo para voltarem, depois de realizado o atendimento. Muitos problemas ocorreram com o transporte dos escolares, onde nem os escolares nem a equipe estavam satisfeitos. Os escolares devido a terem que aguardar o fim do turno para poderem voltar para casa, e a equipe devido à demora para os escolares chegarem ao posto (UBS), já que esta funciona até as 15 horas, e houveram dias em que o transporte levou os alunos no horário do fim do turno. Apesar de terem sido casos isolados esses de atrasos, motivou buscar uma nova forma de transporte para estes escolares. A partir de uma conversa na Secretária de Educação, onde esta alegou que não havia motoristas disponíveis para realizar este transporte, foi disponibilizado um carro pela prefeitura e seria o dentista que realizaria o transporte dos escolares, em horário de aula, seriam buscados na escola e após realizados os atendimentos levados de volta para a mesma. Depois que foi iniciado este método de transporte tivemos grandes avanços no número de tratamentos concluídos, pois facilitou muito a realização dos atendimentos, tivemos uma maior colaboração por parte dos escolares e dos pais.

Com o apoio das Agentes Comunitárias de Saúde, foram feitas busca dos alunos que faltaram as consultas nas casas e escolas, avaliando os principais motivos de faltas. Durante toda a intervenção a agenda de atendimentos foi reorganizada permitindo realizar tanto o atendimento dos escolares juntamente com as pessoas que esperavam por atendimento no posto, ou seja, sem prejudicar o atendimento das outras pessoas que compareciam ao posto.

Após o primeiro mês de intervenção já foi possível observar que as escolas que mais necessitavam atendimentos odontológicos são a escola da

Linha São Vicente (E. E. E. F. Ivânia de Oliveira) e a da Linha Girau I (E. M. E. F. Dom João Becker). Todos os escolares foram encaminhados para realizar a primeira consulta odontológica programática, infelizmente não conseguimos realizar esta consulta com todos, principalmente devido o curto tempo de intervenção, porém atingimos a meta de realizar em pelo menos 80% dos escolares.

No último mês de intervenção foram colocadas em prática as orientações nutricionais sobre dieta, apesar de não alcançar a meta de realizar essas orientações em 100% dos escolares, porém 197 deles (97%) receberam essas orientações, que são muito importantes não só para prevenir e tratar cárie, mas também obesidade e outras doenças relacionadas a má alimentação. Já que eles receberam várias escovas dentárias durante a intervenção, incentivamos os professores de todas as escolas a inserirem na rotina diária da escola, realizar uma escovação dental com creme dental, diariamente após o lanche, com todos os escolares.

Superamos as dificuldades que apareceram com apoio recebido por todos: equipe de saúde, professores e direção das escolas e gestores do município. Estamos todos contentes com o apoio que recebemos da comunidade e dos professores, devido a esse apoio estamos empolgados em dar continuidade as ações iniciadas durante a intervenção, esperamos que essas famílias que foram beneficiadas com a intervenção sirvam de exemplo para que todas as outras famílias, também sejam beneficiadas com os serviços disponibilizados pela UBS. Acreditamos que o ganho para a comunidade é grande, visto que a intervenção proporcionou atividades educativas e tratamento precoce para crianças e adolescentes, que certamente serão adultos mais saudáveis, além da redução das filas para atendimento com o dentista no posto, desta forma as portas da unidade sempre estarão abertas para os usuários.



## **5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

Ao iniciar as atividades na atenção básica tive muitas dificuldades, até então eu possuía pouca experiência no sistema, apesar de ter uma graduação com um foco bastante específico para a área de saúde coletiva.

Quando foram iniciadas as atividades neste município, havia muitas filas e dificuldade para conclusão dos tratamentos dos pacientes. Então, fui transferido para outra unidade, sendo esta totalmente o oposto, havendo muito pouco movimento. Porém a população desta comunidade, em vez de procurar nela mesma o atendimento, costumavam ir até a UBS principal procurar solucionar seus problemas, aumentando cada vez mais o fluxo de pessoas. Isso me trouxe muitos questionamentos de como eu poderia ajudar a diminuir este problema. Inicialmente tivemos grandes êxitos através do trabalho em equipe, conseguimos aumentar consideravelmente o número de atendimentos e de tratamentos concluídos na UBS, conseguimos conscientizar uma boa parte da população de que a qualidade da atenção recebida em ambas as UBS é a mesma. Isso me fez ver na prática que uma melhor gestão das UBS, conscientizando a população com uma informação, pode melhorar consideravelmente a atenção dada a estes pacientes, e também diminuir a demanda da atenção especializada.

Estou muito satisfeito com o aprendizado do curso, inicialmente tinha uma visão estática da atenção básica, que era impossível mudar a situação, porém percebi que quando seus princípios são seguidos, esses atendimentos se tornam muito mais eficientes. O curso, concomitante com a experiência clínica da atenção básica, me mostrou que é possível melhorar muito a

qualidade de vida dos moradores desta comunidade, que só depende de nós, profissionais da atenção básica, nos mobilizarmos para realizar todos os dias o nosso trabalho com toda a dedicação que este merece. O curso fez com que eu me tornasse um profissional mais responsável, procurando sempre me colocar no lugar dos pacientes, a fim de escolher o melhor tratamento para este.

## 6. BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília, DF; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

COSTA, S. M.; ABREU, M. H. N. G.; VASCONCELOS, M.; LIMA, R. C. G. S.; VERDI, M.; FERREIRA, E. F. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, Fev. 2013 .

CYPRIANO, S.; HUGO, F. N.; SCIAMARELLI, M. C.; TORRES, L. H. N.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Fatores associados à experiência de cárie em escolares de um município com baixa prevalência de cárie dentária. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 16, p. 4095-4106, 2011.

FREDDO, S. L.; AERTS, D. R. G. C.; ABEGG, C.; DAVOGLIO, R.; VIEIRA, P. C.; MONTEIRO, L. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, Set. 2008.

MELO, F. G. C.; CAVALCANTI, A.L.; FONTES, L. B. C.; GRANVILLE-GARCIA, A. F.; CAVALCANTI, S. D. L. B. Perda precoce de molares permanentes e fatores associados em escolares de 9,12 e 15 anos da rede pública municipal de Campina Grande, Estado da Paraíba, Brasil. **Acta Scientiarum**, Maringá: Universidade Estadual de Maringá, v. 33, n. 1, p. 99-105, jan/jun 2011.

VELLOZO, R. C. A. D. M.; QUELUZ, D. P.; MIALHE, F. L.; BITTAR, T. O. A escola como espaço para a promoção de saúde bucal. **Revista Uningá**, v. 15, p. 39-50, 2008.

## ANEXOS

### Anexo 1 – Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) de Saúde Bucal

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal dos escolares		
METAS	INDICADORES	
1.1. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica em 100% dos escolares da escola foco da intervenção	1.1. Proporção de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal.	Numerador: Número de escolares participantes de ação coletiva de exame bucal. Denominador: Número de escolares frequentadores da(s) escola(s) foco(s) da intervenção.
1.2. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% dos escolares da escola foco da intervenção.	1.2. Proporção de escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.	Numerador: Número de escolares moradores da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática. Denominador: Número total de crianças que frequentam a escola e são moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

### Anexo 2: Ficha espelho

### Anexo 2A: Ficha espelho de saúde bucal (acompanhamento das atividades coletivas)










## Anexo 4: Aprovação do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

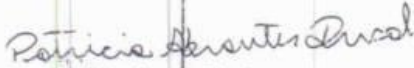
OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa


**Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde**

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

  
Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

---



## APÊNDICE



Figura 122 – Agendamento dos Escolares para a Primeira Consulta Odontológica Programática



Figura 13 – Escolares agendados para a primeira consulta odontológica realizando a Ação Coletiva de Escovação Dentária Supervisionada com Creme Dental





Figura 14 – Distribuição de escovas dentárias e Agendamento para primeira consulta odontológica programática dos escolares da EMEF São João.

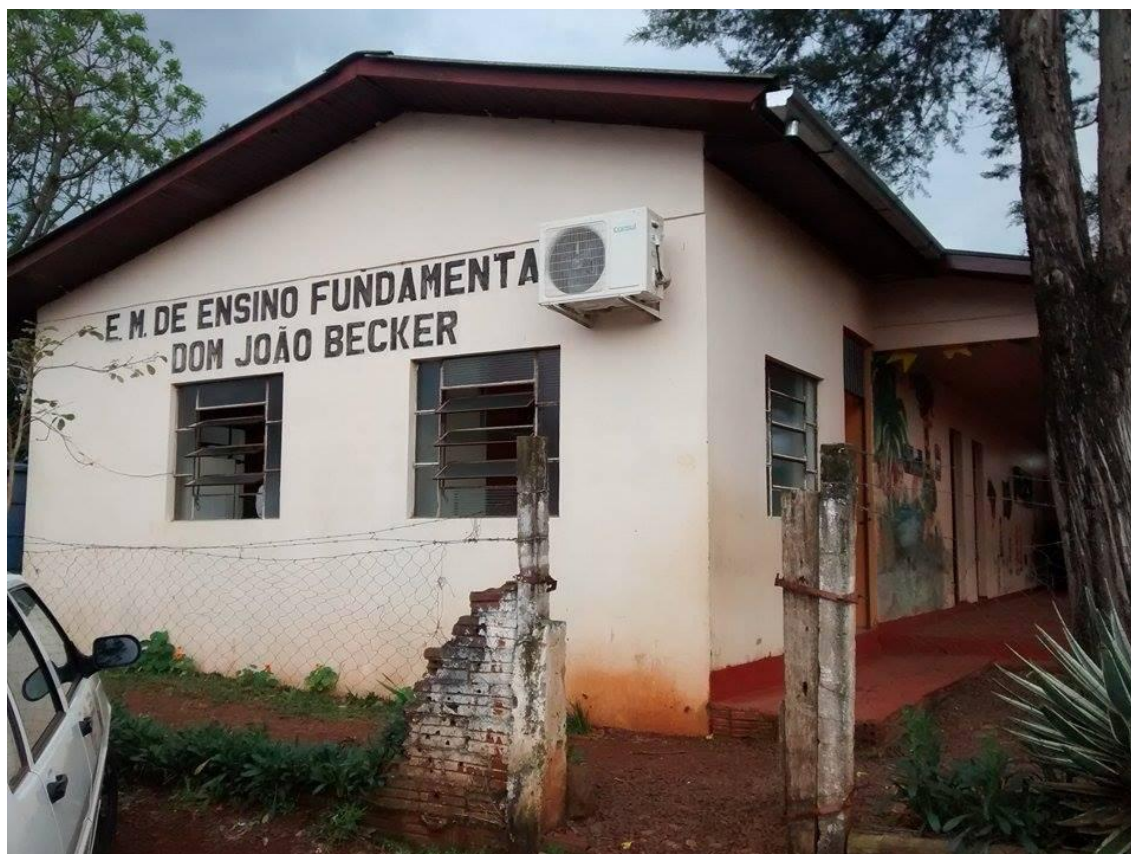


Figura 15 - Fachada da E. M. E. F. DOM JOÃO BECKER onde foi realizada a visita.





Figura 16 - Alunos interagindo durante a conversa sobre as Orientações de Higiene Bucal.

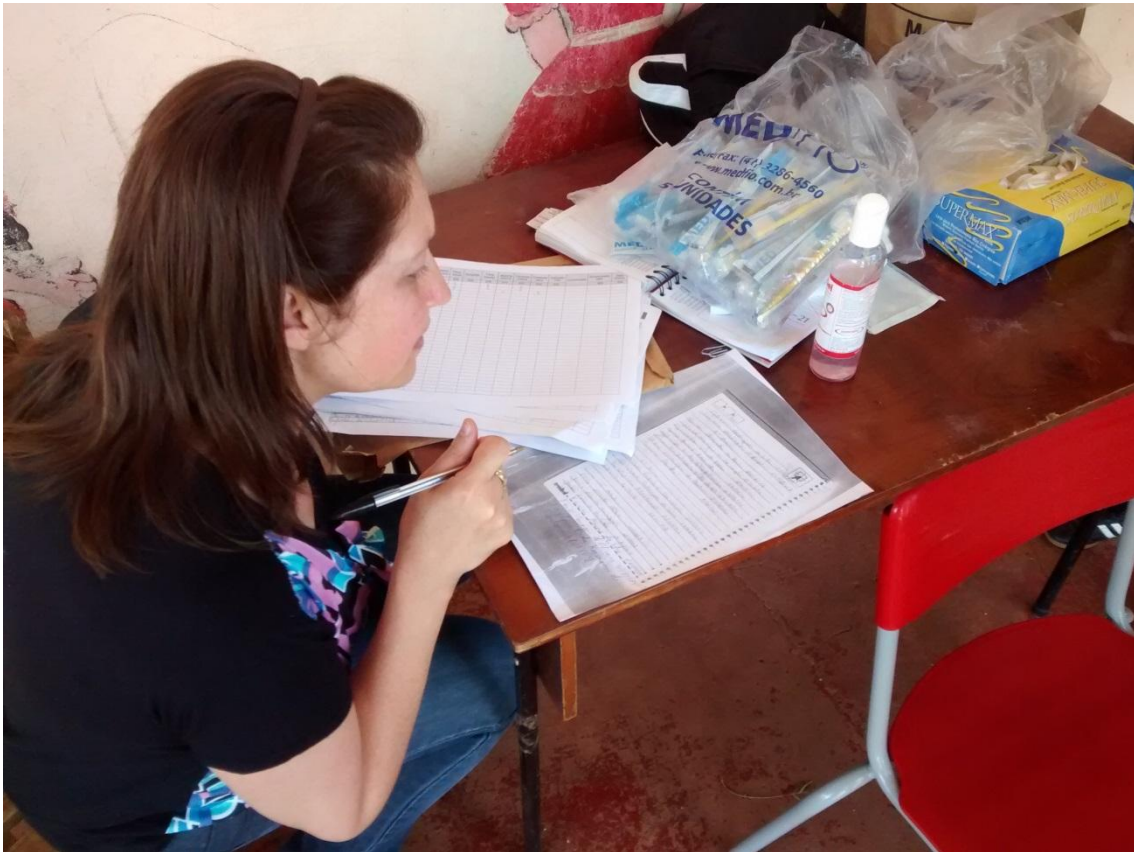


Figura 17 - ASB organizando as fichas da primeira consulta odontológica programática e realizando o agendamento dos escolares



Figura 18 - Realização da triagem de risco para cárie dentária dos escolares.





Figura 19 - Agendamento dos escolares da Escola Antônio Mânica para a primeira consulta odontológica programática.



Figura 20 - Ação coletiva de escovação dentária supervisionada com creme dental





Figura 21 - Escolares aguardando a realização da escovação dentária supervisionada com creme dental.





Figura 22 - Escolares aguardando para realizar bochecho com solução fluoretada, sendo acompanhados pela ASB e a diretora da escola.





Figura 23 - Escolares aguardando a realização da ação coletiva de escovação dentária supervisionada com creme dental.



Figura 24 - ASB auxiliando a passar para os escolares e para a diretora informações sobre os cuidados que devem ter em relação às escovas dentárias, higiene bucal e alimentação saudável.